



HAL
open science

Le modèle de l'attachement adulte dans la perturbation de la régulation émotionnelle et des liens affectifs des femmes hospitalisées souffrant de dépression

Matthieu Reynaud

► **To cite this version:**

Matthieu Reynaud. Le modèle de l'attachement adulte dans la perturbation de la régulation émotionnelle et des liens affectifs des femmes hospitalisées souffrant de dépression. Psychologie. Université de Bourgogne, 2011. Français. NNT : 2011DIJOL019 . tel-00873019

HAL Id: tel-00873019

<https://theses.hal.science/tel-00873019v1>

Submitted on 15 Oct 2013

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

UFR Sciences Humaines, Laboratoire de Psychopathologie et de Psychologie Médicale
Ecole Doctorale Santé STIC (E2S), Département de Psychologie

THÈSE

Pour obtenir le grade de
Docteur de l'Université de Bourgogne

Discipline : Psychologie
Mention : Psychologie Clinique et Psychopathologie

par

Matthieu Reynaud

Thèse soutenue le 14 Octobre 2011

Le modèle de l'attachement adulte dans la perturbation de la
régulation émotionnelle et des liens affectifs des femmes
hospitalisées souffrant de dépression

Directrice de thèse : Khadija Chahraoui

Co-directrice de thèse : Aubeline Vinay

Jury :

- Professeur Khadija Chahraoui, Professeur de psychologie clinique et psychopathologie, Université de Bourgogne, Dijon.
- Professeur André Mariage, Professeur de psychologie clinique et pathologique, Université de Franche Comté, Besançon.
- Professeur Claude De Tychev, Professeur de psychologie clinique et pathologique, Université Nancy 2.
- Aubeline Vinay, Maître de conférences en psychologie clinique et psychopathologie, Université de Bourgogne, Dijon.

Remerciements

Je remercie Madame Chahraoui, ma directrice de thèse pour l'encadrement de mon travail de recherche, pour ses encouragements, son soutien et ses conseils avisés et déterminants tout au long de la thèse.

Je remercie Madame Vinay, ma co-directrice de thèse, pour les éclairages précieux concernant mon travail de recherche et l'attachement.

Je remercie Messieurs André Mariage et Claude De Tychev, pour avoir accepté d'être membres du Jury et rapporteurs de ma thèse en vue de la soutenance. Je les remercie également pour leurs expertises régulières et annuelles de mon travail de recherche tout au long de la thèse.

Je remercie Monsieur Ahmed Jebrane, professeur de Mathématiques et de Statistiques à l'Université de Bourgogne, pour son soutien et son aide précieuse et ses conseils en ce qui concerne les résultats de la recherche.

Je remercie Monsieur Bonin, professeur de Psychiatrie au C.H.U de Dijon, pour m'avoir permis de réaliser une partie importante de ma recherche dans son service.

Je remercie le Docteur Larôme, Chef de service (pôle 4, C.H. La Chartreuse, Dijon) de m'avoir soutenu et permis de continuer mon travail de recherche dans des conditions très favorables au sein du service tout en travaillant en tant que psychologue clinicien.

Je remercie l'ensemble de l'équipe soignante du Pôle 4 du C.H. La Chartreuse pour leur soutien et leur participation à la recherche. J'ai une pensée toute particulière pour Laurence François, mon amie, ma collègue psychologue clinicienne et mon ancien maître de stage, qui m'a beaucoup appris.

Je remercie ma compagne Emilie Bellano pour ses relectures, ses conseils, ses encouragements, son aide, sa patience, son amour et son soutien continu et indispensables tout au long de la thèse.

Je remercie ma mère Marie Chanon pour la relecture de mon travail de recherche et son encouragement continu à mon projet doctoral. Je lui sais gré de m'avoir appris à être courageux, consciencieux et persévérant pour mener à bien ce projet.

Je remercie pour leurs soutiens et leurs encouragements mon père, mes frères, Arthur et Jean Baptiste, et l'ensemble de ma famille. Je remercie également mes amis, et en particulier Bertrand Marceau et Pierre-Yves Roziot-Verret, pour nos échanges stimulants, constructifs, leurs conseils et leurs encouragements.

Enfin, je tiens à remercier tout particulièrement les femmes hospitalisées souffrant de dépression. Sans leur accord, la recherche n'aurait pas pu se réaliser. Elles m'ont beaucoup appris sur la dépression et l'attachement.

Résumé

Notre recherche a pour objectif de montrer que le modèle de l'attachement adulte constitue un facteur de vulnérabilité psychologique explicatif de la dépression des femmes et de son évolution sur deux aspects : la perturbation de la régulation émotionnelle (stratégies d'attachement) et l'insécurité des représentations des liens d'attachement passés (expériences parentales) et actuels (styles d'attachement amoureux et interpersonnel). Il s'agit de déterminer aussi les liens existants entre la personnalité des femmes déprimées et l'attachement adulte. Nous portons un intérêt plus spécifique à l'évolution des liens entre la dépression et les styles d'attachement (stabilité ou modification) durant l'hospitalisation.

Les résultats principaux de notre étude indiquent des liens significatifs entre la dépression et l'insécurité des stratégies d'attachement (à dominance préoccupée), des représentations des expériences passées (préoccupée et non résolues) et des styles d'attachement (à dominance craintive) amoureux et interpersonnel. Quant aux femmes déprimées ayant un trouble de personnalité, elles sont davantage préoccupées dans les représentations des relations d'attachement actuelles. Enfin, les résultats montrent que seul le style d'attachement interpersonnel secure se modifie en fonction de la diminution de la dépression durant l'hospitalisation tandis que l'ensemble des styles d'attachement amoureux reste stable.

Ces résultats permettent de mettre en évidence des caractéristiques psychopathologiques spécifiques chez les femmes déprimées concernant la perturbation de la régulation émotionnelle (hyper-activation des affects en lien avec les « troubles psychopathologiques internalisés », stratégies défensives de détachement, difficultés de mentalisation) et les représentations insécurisées des liens d'attachement passés (focalisation excessive sur les relations parentales, ambivalence, dépendance, expériences traumatiques) et présents (anxiété affective et relationnelle mais défiance par peur d'être rejetée). L'étude de l'attachement permet d'apporter des éléments de compréhension sur le lien insecure à l'autre chez les femmes déprimées présentant une personnalité pathologique. Nous discutons également des rapports entre la vulnérabilité dépressive et la stabilité ou la modification des styles d'attachement. Enfin, nous évoquons les perspectives thérapeutiques (notamment le travail sur la mentalisation) de l'étude et les limites.

Mots clés : Dépression, vulnérabilité, stratégies d'attachement, styles d'attachement romantique, attachement interpersonnel, personnalité.

Abstract

The purpose of our research is to show that the model of adult attachment constitute a factor of psychological vulnerability that explain women depression and its evolution on two levels: the disturbance of the emotional regulation (attachment strategies) and the insecurity of the representation of the past links of attachment (parental experiences), and the current ones (love and interpersonal attachment). The aim is also to determine the existing links between the personality of the depressed women and adult attachment. We have a more interest more specific in the study of the evolution between the depression and the patterns of attachment (stability or alteration) during hospitalization.

The main results of our study show significant links between the depression and the insecurity of attachment strategies (mainly preoccupied), representations of the past experiences (preoccupied and unresolved) and love and interpersonal attachment styles (mainly fearful). As regards to depressed women suffering from a personality disorder, they are more preoccupied in the representations of the current attachment relations. At least; the results show than only interpersonal attachment styles modified according to the decrease of the depression during hospitalization, while all loving attachment styles remain stable.

These results obviously allow to specific psychopathological characteristics in depressed women concerning the disturbance of the emotional regulation (hyper-activation of the affects, linked with internalizing psychopathological disorders, defensive strategies of detachment, and difficulties of mentalization) and the insecure representations of the past links of attachment (excessive focus of the parental relations, ambivalence, dependence, traumatic experiences) and present (relational and affective anxiety, but mistrust for fear of being rejected). The study of the attachment allows us to bring comprehensive elements about the insecure relationship to the other in the depressed women with a pathological personality. We also discuss about links between depressive vulnerability and stability or the modification of the attachment styles. At least we evoke the therapeutic perspectives (in particular the work of the mentalization) of the study and the limits.

Keywords : Depression, Vulnerability, Attachment strategies, Romantic Attachment styles, Interpersonal Attachment, Personality

Table des matières

INTRODUCTION	23
CHAPITRE 1. PSYCHOPATHOLOGIE CLINIQUE DE LA DEPRESSION	27
1. DEPRESSION ET EPIDEMIOLOGIE	28
2. HISTORIQUE DE LA NOTION DE DEPRESSION	30
2.1 <i>Historique de la notion de mélancolie</i>	30
2.2 <i>Historique de la notion de dépression non mélancolique</i>	35
3. DEFINITION DE LA DEPRESSION	38
3.1 <i>Sémiologie du syndrome dépressif</i>	38
3.1.1 <i>Les symptômes fondamentaux du syndrome dépressif</i>	39
3.1.2 <i>Les symptômes associés au syndrome dépressif</i>	41
3.2 <i>Formes cliniques</i>	43
3.2.1 <i>Episode dépressif Majeur (caractérisé)</i>	43
3.2.2 <i>Dysthymie (dépression mineure)</i>	45
3.2.3 <i>Dépression mélancolique (mélancolie)</i>	46
3.2.4 <i>Dépression délirante (mélancolie délirante)</i>	47
3.2.5 <i>Dépression masquée</i>	48
3.2.6 <i>Dépressions brèves-récurrentes</i>	49
3.2.7 <i>Dépressions saisonnières</i>	50
4. DEPRESSION ET PERSONNALITE	51
4.1 <i>Les « troubles de la personnalité » (DSM IV-T-R) associés à la symptomatologie dépressive et le trouble de la personnalité dépressive</i>	51
4.1.1 <i>Troubles de la personnalité associés à la symptomatologie dépressive</i>	52
4.1.2 <i>« Troubles de la personnalité dépressive »</i>	55
4.2 <i>Dépression et « structure (ou pôle d'organisation) de personnalité »</i>	56
4.2.1 <i>La dépression névrotique</i>	58
4.2.2 <i>La dépression limite</i>	61
4.2.3 <i>La dépression mélancolique</i>	62
5. THEORIES ET THERAPIES DE LA DEPRESSION	63
5.1 <i>Théories et thérapies psychobiologiques</i>	63

5.2 Théories et thérapies psychanalytiques _____	65
5.2.1 Théories psychanalytiques _____	65
5.2.2 Thérapies psychanalytiques _____	69
5.3 Théories et thérapies cognitives de Beck _____	70
5.3.1 Théories cognitives _____	70
5.3.2 Thérapies cognitives _____	71
5.4 Dépression et événements de vie _____	72
CHAPITRE 2. MODELE DE L'ATTACHEMENT ADULTE ET PSYCHOPATHOLOGIE DE LA DEPRESSION _____	74
1. INTRODUCTION _____	75
2. L'ATTACHEMENT SELON BOWLBY ET SES DIFFERENTES INFLUENCES _____	77
2.1 Introduction _____	77
2.2 L'influence de la psychanalyse _____	78
2.2.1 Les hypothèses relatives à l'angoisse de séparation _____	78
2.2.2 La nature des liens affectifs dans la théorie de l'étayage en psychanalyse _____	81
2.3 Les observations de Spitz _____	81
2.3.1 La notion de carence affective _____	82
2.3.2 Les syndromes de carence affective _____	83
2.4 Les travaux des éthologues _____	85
2.4.1 L'empreinte _____	86
2.4.2 Les affectivités _____	87
2.5 Les fondements de la théorie de l'attachement _____	88
2.5.1 La notion d'attachement selon Bowlby _____	89
2.5.2 La théorie de l'attachement : un modèle cybernétique _____	90
2.5.3 Le paradigme de la situation étrange _____	93
2.6 Les représentations d'attachement chez Bowlby : les modèles internes opérants. _____	95
2.6.1 M.I.O : modèles représentationnels dynamiques de « soi » et de la « figure d'attachement » _____	95
2.6.2 M.I.O : modèles internes guidant les relations interpersonnelles de l'adulte _____	96
2.6.3 Les M.I.O : fonctionnement inconscient et processus défensif _____	97
2.6.4 M.I.O chez Bowlby : un ou plusieurs objets d'attachement intériorisé(s)? _____	98
3. L'ATTACHEMENT ADULTE _____	99

3.1 Introduction	99
3.2 Les stratégies d'attachement de l'adulte : perspective développementale	100
3.2.1 Stratégies d'attachement : Investigation des M.I.O	102
3.2.2 Stratégies relationnelles et émotionnelles	103
3.3 Styles d'attachement de l'adulte : perspective psychosociale	105
3.3.1 Définition des styles d'attachement de l'adulte	106
3.3.2 Styles d'attachement : investigation des M.I.O	107
3.3.3 Attachement romantique	109
3.3.4 Attachement interpersonnel	112
4. L'ATTACHEMENT COMME MODELE DE VULNERABILITE A LA DEPRESSION	115
4.1 La notion de vulnérabilité	115
4.1.1 La vulnérabilité en psychopathologie	115
4.1.2 La vulnérabilité dépressive	115
4.1.3 : La place du modèle d'attachement dans la vulnérabilité dépressive	118
4.2 Dépression : pertes et séparations	119
4.2.1 Pertes et séparations	119
4.2.2 Vécu psychologique associé à la perte	124
4.3 Les Modèles internes opérants du déprimé selon Bowlby	130
4.3.1 Affects et représentations mentales liés à l'attachement	130
4.3.2 Modèle interne de soi et Estime de soi	134
4.4 Dépression et régulation des affects	136
4.4.1 Le modèle d'attachement : place des émotions en psychopathologie	137
4.4.2 Dépression et attachement : psychopathologie de la régulation des émotions	138
4.5 Dépression, Attachement et personnalité	141
4.5.1 La personnalité comme modèle de vulnérabilité psychologique à la dépression	141
4.5.2 Attachement et personnalité	143
4.6 Liens entre dépression et attachement : revue de travaux	145
4.6.1 Dépression et attachement parental passé insecure	146
4.6.2 Dépression et attachement romantique insecure	149
4.6.3 Dépression et attachement interpersonnel insecure	151

5. STABILITE OU MODIFICATION DE L'ATTACHEMENT EN LIEN AVEC LA DEPRESSION	154
5.1 Stabilité des modèles d'attachement	154
5.2 Attachement, facteur prédisposant à la dépression	158
5.3 Modification des modèles d'attachement en fonction de facteurs personnels et situationnels	159
5.4 L'attachement comme composante/ conséquence de la dépression	161
6. PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE	162
CHAPITRE 3. METHODOLOGIE	167
1. DESCRIPTION DE LA POPULATION DE L'ETUDE	168
1.1 Description du groupe déprimé	168
1.1.1 Critères d'inclusion	169
1.1.2 Critères d'exclusion	170
1.1.3 Caractéristiques sociodémographiques	170
1.2 Description du groupe témoin	171
1.2.1 Critères d'inclusion	171
1.2.2 Critères d'exclusion	172
1.2.3 Caractéristiques sociodémographiques	172
2. DISPOSITIF DE LA RECHERCHE	173
2.1 Identification des variables	173
2.1.1 Les variables indépendantes.	173
2.1.2 Les variables dépendantes	176
2.2 Protocole de la recherche	177
3. PRESENTATION DES OUTILS DE LA RECHERCHE	179
3.1 L'entretien clinique	179
3.1.1 Présentation de l'entretien clinique	179
3.1.2 Justification de l'entretien clinique dans la recherche	182
3.2 L'inventaire Abrégé de Dépression de Beck (BDI)	183
3.2.1 Présentation de la BDI (version abrégée)	183
3.2.2 Justification de la BDI pour la recherche (version abrégée)	186
3.3 L'échelle de dépression de Montgomery et Asberg (Madrs)	186
3.3.1 Présentation de la Madrs	186

3.3.2	<i>Justification de la Madrs pour la recherche</i>	189
3.4	<i>Le Ca-mir (Cartes des modèles individuels de relations)</i>	190
3.4.1	<i>Présentation du Ca-mir</i>	190
3.4.2	<i>Justification du Ca-mir pour la recherche</i>	198
3.5	<i>L'auto-questionnaire de Perception Des Relations (RQ)</i>	199
3.5.1	<i>Présentation du RQ</i>	199
3.5.2	<i>Justification du RQ dans la recherche</i>	203
3.6	<i>Le questionnaire sur les expériences d'attachement amoureux (QEAA-Traduction francophone du ECR)</i>	204
3.6.1	<i>Présentation du ECR (QEAA)</i>	204
3.6.2	<i>Justification du ECR (QEAA) dans la recherche</i>	208
4.	PROCEDURE DE PASSATION	208
4.1	<i>L'ordre de passation</i>	208
4.2	<i>Consignes et déroulement de la recherche</i>	209
4.2.1	<i>Consignes</i>	209
4.2.2	<i>Le déroulement de la recherche</i>	210
5.	HYPOTHESES OPERATIONNELLES	211
6.	METHODE D'ANALYSE ET DE TRAITEMENT DES DONNEES	215
6.1	<i>Méthode d'analyse et de traitement des données quantitatives</i>	215
6.1.1	<i>Les caractéristiques des données quantitatives</i>	215
6.1.2	<i>Le traitement des données quantitatives</i>	216
6.2	<i>Méthode d'analyse et de traitement des données qualitatives</i>	219
CHAPITRE 4.	RESULTATS	222
1.	DONNEES CLINIQUES DE LA POPULATION D'ETUDE	223
1.1	<i>Données liées à la dépression</i>	223
1.1.1	<i>Le motif de l'hospitalisation</i>	223
1.1.2	<i>Les antécédents dépressifs et suicidaires</i>	224
1.1.3	<i>L'intensité de la dépression</i>	224
1.1.2	<i>Critères de l'Axe I du DSM IV : les troubles cliniques</i>	225
1.1.3	<i>Formes cliniques</i>	226
1.1.4	<i>Critères de l'Axe II du DSM IV : les troubles de la personnalité</i>	227

1.1.5 Critères de l'Axe IV du DSM IV : problèmes psychosociaux et environnementaux.	230
1.2 Données relatives aux pertes et séparations affectives	231
2. LES STRATEGIES D'ATTACHEMENT DES FEMMES DEPRIMEES	232
3. LES DIFFERENTES REPRESENTATIONS DES EXPERIENCES D'ATTACHEMENT DES FEMMES DEPRIMEES	236
4. LES STYLES D'ATTACHEMENT INTERPERSONNEL DES FEMMES DEPRIMEES	241
5. LES STYLES D'ATTACHEMENT AMOUREUX (ROMANTIQUE) DES FEMMES DEPRIMEES	244
6. CORRELATIONS ENTRE LES STRATEGIES D'ATTACHEMENT ET LES STYLES D'ATTACHEMENT INTERPERSONNEL ET ROMANTIQUE DES FEMMES DEPRIMEES	248
7. EVOLUTION DES STYLES D'ATTACHEMENT ROMANTIQUE ET INTERPERSONNEL ET DE LA DEPRESSION AU COURS DE L'HOSPITALISATION	251
7.1 Evolution des styles d'attachement romantique et interpersonnel des femmes déprimées au cours de l'hospitalisation	251
7.2 Liens entre l'évolution de la dépression et des styles d'attachement romantique et interpersonnel au cours de l'hospitalisation	255
8. LIENS ENTRE LE NIVEAU DE DEPRESSION EN FIN D'HOSPITALISATION ET LES STRATEGIES, REPRESENTATIONS ET STYLES D'ATTACHEMENT	257
8.1 Liens entre le niveau de dépression des femmes et les styles d'attachement romantique et interpersonnel en fin d'hospitalisation (T2)	258
8.2 Liens entre les stratégies et représentations d'attachement (Ca-mir) au début d'hospitalisation (T1) et le niveau de dépression en fin d'hospitalisation (T2)	260
8.3 Liens entre les styles d'attachement romantique et interpersonnel au début d'hospitalisation (T1) et le niveau de dépression en fin d'hospitalisation	263
9. CARACTERISTIQUES PSYCHOPATHOLOGIQUES ET CLINIQUES ASSOCIEES A LA DEPRESSION ET ATTACHEMENT	264

9.1 Liens entre les stratégies, les représentations, les styles d'attachement et la présence d'antécédent(s) dépressif(s) _____	265
9.1.1 Stratégies, représentations d'expériences d'attachement et antécédent(s) dépressif(s) _____	265
9.1.2 Styles d'attachement romantique et antécédent(s) dépressif(s) _____	267
9.1.3 Styles d'attachement interpersonnel et antécédent(s) dépressif(s) _____	268
9.2 Liens entre les stratégies, les représentations, les styles d'attachement et la tentative de suicide chez les femmes déprimées. _____	268
9.2.1 Stratégies et représentations d'expériences d'attachement chez les femmes déprimées ayant fait une tentative de suicide _____	268
9.2.2 Styles d'attachement romantique chez les femmes déprimées ayant fait une tentative de suicide _____	270
9.2.3 Styles d'attachement interpersonnel chez les femmes déprimées ayant fait une tentative de suicide _____	271
9.3 Liens entre les troubles de la personnalité associés à la dépression et les dimensions de l'attachement _____	271
9.3.1 Stratégies et représentations d'expériences d'attachement chez les femmes déprimées ayant un trouble de la personnalité _____	271
9.3.2 Styles d'attachement romantique chez les femmes déprimées ayant un trouble de la personnalité _____	273
9.3.3 Styles d'attachement interpersonnel chez les femmes déprimées ayant un trouble de la personnalité _____	274
9.4 Liens entre les stratégies, les représentations, les styles d'attachement et les différents troubles de la personnalité des femmes déprimées _____	275
9.4.1 Liens entre les stratégies, les représentations d'expériences d'attachement et les différents troubles de la personnalité des femmes déprimées _____	276
9.4.2 Liens entre les styles d'attachement romantique et interpersonnel et les différents troubles de la personnalité des femmes déprimées _____	276
10. PREMIERE OBSERVATION CLINIQUE _____	278
10.1 Observation clinique générale de Madame A _____	278
10.1.1 Présentation de la patiente _____	278
10.1.2 L'Anamnèse _____	278
10.1.3 La clinique dépressive _____	279

10.1.4	<i>Traits de personnalité et fonctionnement psychologique</i>	281
10.1.5	<i>Evolution de la clinique dépressive au cours de l'hospitalisation</i>	282
10.2	<i>Les expériences d'attachement</i>	283
10.2.1	<i>Les expériences parentales</i>	283
10.2.2	<i>Les expériences amoureuses</i>	284
10.2.3	<i>Les expériences relationnelles et sociales actuelles</i>	286
10.3	<i>Analyse clinique et théorie de l'attachement</i>	286
10.3.1	<i>Les stratégies d'attachement</i>	286
10.3.2	<i>Les styles d'attachement romantique</i>	289
10.3.3	<i>Les styles d'attachement interpersonnel</i>	290
11.	SECONDE OBSERVATION CLINIQUE	292
11.1	<i>Observation clinique générale de Madame B</i>	292
11.1.1	<i>Présentation générale de la patiente</i>	292
11.1.2	<i>Anamnèse</i>	292
11.1.3	<i>Clinique de la dépression</i>	293
11.1.4	<i>Traits de personnalité et fonctionnement psychologique</i>	294
11.1.5	<i>Evolution de la dépression au cours de l'hospitalisation</i>	296
11.2	<i>Les expériences d'attachement</i>	297
11.2.1	<i>Les expériences parentales</i>	297
11.2.2	<i>Les expériences amoureuses</i>	299
11.2.3	<i>Les expériences interpersonnelles actuelles</i>	300
11.3	<i>Analyse clinique et théorie de l'attachement</i>	300
11.3.1	<i>Les stratégies d'attachement</i>	300
11.3.2	<i>Les styles d'attachement amoureux</i>	302
11.3.3	<i>Les styles d'attachement interpersonnel</i>	304
CHAPITRE 5.	DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE	305
1.	STRATEGIES D'ATTACHEMENT DES FEMMES DEPRIMEES ET PERTURBATION DE LA REGULATION EMOTIONNELLE	306
1.1	<i>Rappel des résultats</i>	306
1.2	<i>Stratégie d'attachement préoccupée chez les femmes déprimées et troubles psychopathologiques internalisés</i>	307
1.3	<i>Dépression et complexité des réactions émotionnelles : entre hyper-activation et désactivation des stratégies d'attachement</i>	313

1.4	<i>Dépression et déliaison entre affects et représentations</i>	317
2.	DEPRESSION ET REPRESENTATIONS INSECURISEES DES LIENS D'ATTACHEMENT	322
2.1	<i>Rappel des résultats</i>	322
2.2	<i>Dépression et représentations d'attachement insécurisées des expériences infantiles</i>	323
2.2.1	<i>Dépression et représentations d'attachement préoccupées des expériences infantiles</i>	323
2.2.2	<i>Dépression et représentations d'attachement non résolues des expériences infantiles</i>	326
2.2.3	<i>La place spécifique du père dans les représentations d'attachement des femmes déprimées : le détachement affectif.</i>	328
2.3	<i>Dépression et styles d'attachement romantique insécurisés</i>	330
2.3.1	<i>Vécu conjugal des femmes déprimées : évitement et anxiété dans la représentation des liens amoureux</i>	330
2.3.2	<i>Liens entre l'évolution de la dépression et l'évolution des styles d'attachement amoureux</i>	335
2.4	<i>Dépression et styles d'attachement interpersonnel insécurisés</i>	338
2.4.1	<i>Dépression et style d'attachement interpersonnel craintif : représentations insécurisées actuelles de soi et des relations interpersonnelles</i>	338
2.4.2	<i>Instabilité et modification de la sécurité d'attachement interpersonnel en lien avec l'évolution de la dépression</i>	342
3.	PERSONNALITE DES FEMMES DEPRIMEES ET ATTACHEMENT	346
3.1	<i>Rappel des résultats</i>	346
3.2	<i>Liens entre les personnalités pathologiques et la dépression</i>	347
3.3	<i>Style d'attachement préoccupé et personnalités pathologiques des femmes déprimées : liens avec le style de personnalité anaclitique</i>	348
3.4	<i>Style d'attachement interpersonnel craintif et personnalités pathologiques des femmes déprimées : distinction entre la personnalité dépendante et les personnalités borderline et évitantes</i>	353
4.	PERSPECTIVES THERAPEUTIQUES	356
5.	LIMITES DE LA RECHERCHE ET PERSPECTIVES	360

<i>CONCLUSION</i>	<u>364</u>
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	<u>371</u>
<i>ANNEXES</i>	<u>418</u>

Liste des tableaux

<i>Tableau 1: Les symptômes cliniques de la dépression anaclitique</i>	84
<i>Tableau 2 : Les symptômes cliniques du syndrome d'hospitalisme</i>	85
<i>Tableau 3 : Les styles d'attachement romantique selon les deux dimensions d'évitement et d'anxiété (Brennan, Clark & Shaver, 1998)</i>	112
<i>Tableau 4 : Le modèle de l'attachement interpersonnel de Bartholomew et d'Horowitz (1991) inspiré des M.I.O de Bowlby (1984)</i>	114
<i>Tableau 5 : Prévalence (%) des différents statuts maritaux au sein du groupe déprimé</i>	171
<i>Tableau 6 : Prévalence (%) des différents statuts maritaux au sein du groupe témoin</i>	173
<i>Tableau 7 : regroupement des 13 échelles du Ca-mir (de A à M) selon les types d'expériences d'attachement et leurs niveaux de réalité (présent, passé et état d'esprit)</i>	194
<i>Tableau 8 : Scores aux deux échelles de dépression (BDI et Madrs) - comparaisons entre les groupes déprimés et témoins.</i>	224
<i>Tableau 9 : Fréquence (%) des séparations et des pertes affectives (mère, père, conjoint)- comparaisons entre les groupes, déprimé et témoin (analyse catégorielle).</i>	231
<i>Tableau 10 : Fréquence (%) des stratégies d'attachement (prototypes Ca-mir) - comparaisons entre les groupes, déprimé et témoin (analyse catégorielle).</i>	233
<i>Tableau 11 : Scores aux stratégies d'attachement (prototypes Ca-mir)- comparaisons entre les groupes, déprimé et témoin (analyse dimensionnelle).</i>	233
<i>Tableau 12 : Corrélations entre les scores de dépression (BDI et Madrs) et les scores aux stratégies d'attachement au sein du groupe déprimé (Coefficients de corrélations de Rangs de Spearman).</i>	234
<i>Tableau 13 : Analyse de régression multiple pas à pas. La contribution des différents scores aux stratégies d'attachement (variables explicatives) dans l'explication des scores de dépression au sein du groupe déprimé (BDI comme variable expliquée).</i>	235
<i>Tableau 14 : Scores aux représentations d'expériences d'attachement (échelles Ca-mir) - comparaisons entre les groupes, déprimé et témoin.</i>	237
<i>Tableau 15 : Corrélations entre les scores de dépression (BDI et Madrs) et les scores aux représentations d'expériences d'attachement au sein du groupe déprimé (Coefficients de corrélations de Rangs de Spearman).</i>	238

<i>Tableau 16 : Analyse de régression multiple pas à pas. La contribution des différents scores aux représentations d'expériences d'attachement (variables explicatives) dans l'explication des scores de dépression (BDI comme variable expliquée).</i>	239
<i>Tableau 17 : Catégories d'attachement interpersonnel (RQ)- comparaisons entre les groupes, déprimé et témoin.</i>	242
<i>Tableau 18 : Dimensions d'attachement interpersonnel (RQ)- comparaisons entre les groupes, déprimé et témoin.</i>	242
<i>Tableau 19 : Corrélations entre les scores de dépression (BDI et Madrs) et les scores aux dimensions d'attachement interpersonnel (Coefficients de corrélations de Rangs de Spearman).</i>	243
<i>Tableau 20 : Analyse de régression multiple pas à pas. La contribution des différents scores aux styles d'attachement interpersonnel (variables explicatives) dans l'explication des scores de dépression (Madrs comme variable expliquée).</i>	244
<i>Tableau 21 : Catégories d'attachement romantique (ECR)- comparaisons entre les groupes, déprimé et témoin.</i>	245
<i>Tableau 22 : Dimensions d'attachement romantique (ECR)- comparaisons entre les groupes, déprimé et témoin.</i>	246
<i>Tableau 23 : Corrélations entre les scores de dépression (BDI et Madrs) et les scores aux dimensions d'attachement romantique (Coefficients de corrélations de Rangs de Spearman).</i>	246
<i>Tableau 24: Analyse de régression multiple pas à pas. La contribution des différents scores des dimensions d'attachement romantique (variables explicatives) dans l'explication des scores de dépression (BDI comme variable expliquée).</i>	247
<i>Tableau 25 : Corrélations entre les scores aux stratégies d'attachement (BDI et Madrs) et les scores aux styles d'attachement interpersonnel et romantique (Coefficients de corrélations de Rangs de Spearman).</i>	249
<i>Tableau 26 : Catégories d'attachement romantique (ECR)- Comparaisons entre T1 (début hospitalisation) et T2 (fin hospitalisation) et fréquence de continuité des catégories entre T1 et T2</i>	252
<i>Tableau 27 : Comparaisons des scores des dimensions de l'attachement romantique entre T1 (début hospitalisation) et T2 (fin hospitalisation).</i>	252
<i>Tableau 28 : Catégories d'attachement interpersonnel (RQ) - Comparaisons entre T1 (début hospitalisation) et T2 (fin hospitalisation) et fréquence de continuité des catégories entre T1 et T2.</i>	253

<i>Tableau 29 : Comparaisons des scores des dimensions de l'attachement romantique entre T1 (début hospitalisation) et T2 (fin hospitalisation).</i>	254
<i>Tableau 30 : Comparaisons des scores de dépression (BDI, Madrs) entre T1 (début hospitalisation) et T2 (fin hospitalisation).</i>	255
<i>Tableau 31 : Liens entre l'évolution de la dépression (T1-T2) et l'évolution des dimensions d'attachement romantique (ECR) et interpersonnel (RQ) entre T1 et T2 (Corrélations Rho de Spearman).</i>	256
<i>Tableau 32 : Analyse de régression multiple pas à pas. La contribution de l'évolution des dimensions de l'attachement interpersonnel (variables explicatives) dans l'explication de l'évolution de la dépression (Evolution BDI comme variable expliquée).</i>	257
<i>Tableau 33 : Dimensions d'attachement romantique et interpersonnel en fin d'hospitalisation (ECR et RQ-T2) - comparaisons entre les groupes, « dépression faible » (DF) (Madrs ≤ 10), « dépression modérée » (DM) (10 < Madrs ≤ 15 à T2) et « dépression sévère » (DS) (Madrs ≥ 16 à T2).</i>	259
<i>Tableau 34 : Scores aux différentes stratégies d'attachement en début d'hospitalisation (prototypes Ca-mir-T1) - comparaisons entre les groupes, « dépression faible » (DF) (Madrs ≤ 10), « dépression modérée » (DM) (10 < Madrs ≤ 15 à T2) et « dépression sévère » (DS) (Madrs ≥ 16 à T2).</i>	260
<i>Tableau 35 : Scores aux représentations d'expériences d'attachement en début d'hospitalisation (13 échelles Ca-mir-T1) - comparaisons entre les groupes, « dépression faible » (DF) (Madrs ≤ 10), « dépression modérée » (DM) (10 < Madrs ≤ 15 à T2) et « dépression sévère » (DS) (Madrs ≥ 16 à T2).</i>	262
<i>Tableau 36 : Dimensions d'attachement romantique et interpersonnel en début d'hospitalisation (ECR et RQ-T1) - comparaisons entre les groupes, « dépression faible » (DF) (Madrs ≤ 10), « dépression modérée » (DM) (10 < Madrs ≤ 15 à T2) et « dépression sévère » (DS) (Madrs ≥ 16 à T2).</i>	263
<i>Tableau 37: Fréquence (%) des stratégies d'attachement (prototypes Ca-mir) - comparaisons entre les groupes « antécédent(s) dépressif(s) » et « premier épisode dépressif » (analyse catégorielle).</i>	265
<i>Tableau 38 : Scores aux stratégies d'attachement (prototypes Ca-mir) - comparaisons entre les groupes « antécédent(s) dépressif(s) » et « premier épisode dépressif (analyse dimensionnelle).</i>	266

<i>Tableau 39 : Scores aux représentations d'expériences d'attachement (échelles Ca-mir) - comparaisons entre les groupes « antécédent(s) dépressif(s) » et « premier épisode dépressif (analyse dimensionnelle).</i>	267
<i>Tableau 40 : Scores aux stratégies d'attachement (prototypes Ca-mir) - comparaisons entre les groupes « tentative de suicide » et « absence de tentative de suicide » (analyse dimensionnelle).</i>	269
<i>Tableau 41 : Scores aux représentations d'expériences d'attachement (échelles Ca-mir) – comparaisons entre les groupes « tentative de suicide » et « absence de tentative de suicide ».</i>	270
<i>Tableau 42: Scores aux stratégies d'attachement (prototypes Ca-mir) - comparaisons entre les groupes « présence d'un trouble de la personnalité » et « absence d'un trouble de la personnalité» (analyse dimensionnelle).</i>	272
<i>Tableau 43 : Scores aux dimensions d'attachement romantique (ECR) - comparaisons entre les groupes «présence d'un trouble de la personnalité » et «absence d'un trouble de la personnalité » (analyse dimensionnelle).</i>	273
<i>Tableau 44 : Fréquence (%) des styles d'attachement interpersonnel (RQ) - comparaisons entre les groupes «présence d'un trouble de la personnalité» et «absence d'un trouble de la personnalité» (analyse catégorielle).</i>	274
<i>Tableau 45 : Scores aux dimensions d'attachement interpersonnel (RQ) - comparaisons entre les groupes «présence d'un trouble de la personnalité» et «absence d'un trouble de la personnalité» (analyse dimensionnelle).</i>	275
<i>Tableau 46 : Scores aux dimensions d'attachement romantique (ECR) et interpersonnel (RQ) - comparaisons entre les groupes « personnalité évitante », « personnalité dépendante » et « personnalité borderline (Anova à un facteur catégoriel).</i>	277
<i>Tableau 47 : Fréquence (%) des styles d'attachement romantique (ECR)- comparaisons entre les groupes « antécédent(s) dépressif(s) » et « premier épisode dépressif » (analyse catégorielle)</i>	433
<i>Tableau 48 : Scores aux dimensions d'attachement romantique (ECR)- comparaisons entre les groupes « antécédent(s) dépressif(s) » et « premier épisode dépressif (analyse dimensionnelle)</i>	433
<i>Tableau 49 : Fréquence (%) des styles d'attachement interpersonnel (RQ)- comparaisons entre les groupes « antécédent(s) dépressif(s) » et « premier épisode dépressif » (analyse catégorielle)</i>	434

<i>Tableau 50 : Scores aux dimensions d'attachement interpersonnel (RQ)- comparaisons entre les groupes « antécédent(s) dépressif(s) » et « premier épisode dépressif (analyse dimensionnelle) _____</i>	<i>434</i>
<i>Tableau 51 : Fréquence (%) des stratégies d'attachement (prototypes Ca-mir)- comparaisons entre les groupes « tentative de suicide » et « absence de tentative de suicide» (analyse catégorielle) _____</i>	<i>435</i>
<i>Tableau 52 : Fréquence (%) des styles d'attachement romantique (ECR)- comparaisons entre les groupes « tentative de suicide » et « absence de tentative de suicide» (analyse catégorielle) _____</i>	<i>435</i>
<i>Tableau 53 : Scores aux dimensions d'attachement romantique (ECR)- comparaisons entre les groupes « tentative de suicide » et «absence de tentative de suicide » (analyse dimensionnelle) _____</i>	<i>436</i>
<i>Tableau 54 : Fréquence (%) des styles d'attachement interpersonnel (RQ)- comparaisons entre les groupes « tentative de suicide » et « absence de tentative de suicide» (analyse catégorielle) _____</i>	<i>436</i>
<i>Tableau 55 : Scores aux dimensions d'attachement interpersonnel (RQ)- comparaisons entre les groupes « tentative de suicide » et «absence de tentative de suicide » (analyse dimensionnelle) _____</i>	<i>436</i>
<i>Tableau 56 : Fréquence (%) des stratégies d'attachement (prototypes Ca-mir)- comparaisons entre les groupes « présence d'un trouble de la personnalité » et « absence d'un trouble de la personnalité» (analyse catégorielle) _____</i>	<i>437</i>
<i>Tableau 57 : Scores aux représentations d'expériences d'attachement (échelles Ca-mir)- comparaisons entre les groupes « présence d'un trouble de la personnalité » et « absence d'un trouble de la personnalité ». _____</i>	<i>438</i>
<i>Tableau 58 : Fréquence (%) des styles d'attachement romantique (ECR)- comparaisons entre les groupes «présence d'un trouble de la personnalité » et « absence d'un trouble de la personnalité» (analyse catégorielle) _____</i>	<i>439</i>
<i>Tableau 59 : Scores aux stratégies d'attachement (prototypes Ca-mir)- comparaisons entre les groupes « personnalité évitante », personnalité dépendante » et « personnalité borderline (Anova) _____</i>	<i>439</i>
<i>Tableau 60 : Scores aux représentations d'expériences d'attachement (échelles Ca-mir)- comparaison entre les groupes)- comparaisons entre les groupes « personnalité évitante », personnalité dépendante » et « personnalité borderline (Anova à un facteur catégoriel) _</i>	<i>440</i>

Liste des figures

<i>Figure 1 : Fréquence (%) des troubles de la personnalité dans le groupe déprimé</i>	227
<i>Figure 2: Liens entre les stratégies d'attachement (Ca-mir) et la dépression (BDI, Madrs)</i>	235
<i>Figure 3 : Liens entre la dépression et les représentations d'expériences d'attachement</i>	240
<i>Figure 4 : Liens entre la dépression et les styles d'attachement interpersonnel</i>	244
<i>Figure 5 : Liens entre la dépression et les styles d'attachement romantique</i>	247
<i>Figure 6 : Liens entre les stratégies d'attachement et les styles d'attachement romantique et interpersonnel des femmes déprimées</i>	250
<i>Figure 7: Liens entre les styles d'attachement romantique et interpersonnel et le niveau de dépression des femmes en fin d'hospitalisation (T2)</i>	260
<i>Figure 8 : Liens entre les différents attachements (stratégies, représentations d'expériences et styles interpersonnels et romantiques) au début d'hospitalisation (T1) et le niveau de dépression des femmes en fin d'hospitalisation (T2)</i>	264

Liste des annexes

<i>Annexe 1 : Formulaire d'information et de consentement pour la recherche</i>	420
<i>Annexe 2 : Données anamnestiques, cliniques et sociodémographiques</i>	422
<i>Annexe 3 : Questionnaire Abrégé de Beck (BDI)</i>	425
<i>Annexe 4 : Echelle de Dépression MADRS</i>	426
<i>Annexe 5 : Auto-questionnaire Ca-mir</i>	428
<i>Annexe 6 : Auto-questionnaire de Perception des Relations (RQ)</i>	429
<i>Annexe 7 : Questionnaire sur les expériences amoureuses (ECR, QEAA)</i>	431
<i>Annexe 8 : Annexe des Résultats (Tableaux 47 à 60)</i>	433

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La dépression est une psychopathologie fréquemment rencontrée dans les services d'hospitalisation psychiatrique (en milieu ouvert ou fermé) ou prises en charge en ambulatoire dans les centres médico-psychologiques (C.M.P.). Dans nos différents lieux d'activité, les troubles dépressifs représentaient à eux seuls 23,5% des différents troubles psychiatriques répertoriés durant l'année 2009. Cette fréquence importante est retrouvée dans la population générale. Aussi, la dépression est considérée comme un problème de santé publique majeure touchant 20% de la population mondiale au cours de la vie entière dont 15% de la population générale française (Sire, 2007; Bohbot, 2007). Elle constitue la deuxième cause d'invalidité derrière les maladies cardio-vasculaires (rapport O.M.S. 2001).

Au cours de notre activité clinique nous avons été amenés à rencontrer différentes formes et niveaux de dépression allant de la mélancolie, à des dépressions liées à la psychose, à des dépressions sévères marquées par une organisation limite de la personnalité (failles narcissiques et angoisses d'abandon) ou/et par des conduites suicidaires. Au cours de nos consultations psychologiques, nous avons pu recevoir des personnes présentant provisoirement un état dépressif au cours de leur existence (notamment en réaction à un contexte affectif particulièrement difficile comme la séparation d'avec le partenaire amoureux), mais sans que cet état dépressif ne persiste, soit récurrent ou associé à un trouble de la personnalité sous-jacent. Cette hétérogénéité des manifestations dépressives pose la question de ce qui est en commun dans la dépression.

Il nous semblait aussi, à partir de lectures et de discussions avec des collègues plus âgés (qui ont constaté l'évolution des pathologies psychiques au cours de leur carrière), que la dépression était en partie « symptomatique » de nos sociétés contemporaines (« la maladie de notre temps »); elle serait une des manières d'exprimer actuellement sa souffrance psychique. Ehrenberg (1998) relie la dépression à la *fatigue d'être soi* dans un monde où chacun doit (par les valeurs et normes actuelles d'initiative et de responsabilité) mobiliser une énergie considérable pour être soi-même. La pathologie dépressive montrerait la fragilité des assises narcissiques liées aux valeurs individualistes : « *tension entre l'aspiration à n'être que soi-même et la difficulté à l'être* » (Ehrenberg, 1998, 147). Cette impuissance à être soi-même et

ce vide ressenti se distingue des problématiques de la fin du XIX^{ème} siècle (concourant au développement des névroses) marquées par l'interdit, la discipline, la culpabilité et les conflits psychiques qui en résultent. Cette évolution sociétale pourrait en partie expliquer une fréquence importante des troubles dépressifs.

Au cours de ce travail nous avons été particulièrement intéressé par certaines *problématiques relatives aux liens affectifs et à leurs conséquences sur l'image négative de soi telles que* : le besoin irréprouvable de se lier, la dépendance et l'ambivalence affective, la « peur de s'attacher pour ne pas souffrir », la souffrance/le vide psychiques et affectifs ressentis suite aux épisodes de pertes ou de séparations, la crainte de l'abandon, l'image de soi négative et dépréciée renvoyant à des expériences de rejets, de frustrations et d'insatisfactions affectives.

Suite à ces différentes observations, nous avons décidé de nous intéresser particulièrement au rôle de l'attachement dans la dépression. Le modèle de l'attachement permet d'apporter des éléments de compréhension psychologique à la psychopathologie de la dépression : pouvoir déterminer l'importance et l'impact des représentations des différents liens d'attachement passés (parents) et présents (amoureux, relations interpersonnelles) dans la vulnérabilité dépressive; pouvoir rendre compte des perturbations de la régulation émotionnelle (stratégies d'attachement) en lien avec l'histoire d'attachement (histoire chargée affectivement et concourant à l'expression maximale d'affects intenses et non canalisés par le fonctionnement mental, difficultés à lier affects et représentations); et, pouvoir caractériser des particularités en termes d'attachement selon si les femmes déprimées présentent ou non un trouble de la personnalité associé.

L'originalité de ce travail est liée plus spécifiquement à l'étude de l'évolution des représentations des liens d'attachement actuels (styles d'attachement amoureux et interpersonnel) en fonction de l'évolution de la dépression au cours de l'hospitalisation. Aussi, il s'agira d'apporter et d'enrichir davantage la compréhension de la nature des relations entre la dépression et les représentations des liens amoureux et interpersonnels : *Les représentations des liens amoureux et interpersonnels seraient-elles plutôt stables et par conséquent constitueraient davantage des facteurs de vulnérabilité préexistant à la dépression? Ou est-ce qu'au contraire, les représentations des liens d'attachement amoureux et interpersonnels ne se modifieraient pas en fonction de l'évolution de la dépression*

actuelle? Nous nous demanderons en particulier si les représentations des liens d'attachement (amoureux et interpersonnel) pourraient être, en partie, une composante ou une conséquence de la dépression et de la souffrance psychique actuelle des sujets.

Notre thèse est organisée en chapitres. Les deux premiers chapitres, *Psychopathologie clinique de la dépression* (chapitre 1) et *Modèle de l'attachement adulte et psychopathologie de la dépression* (chapitre 2), renvoient au cadre théorique et psychopathologique de notre recherche. La dernière partie du chapitre 2 concerne plus spécifiquement les objectifs et la problématique de la recherche. Le chapitre 3 rend compte de la *Méthodologie* utilisée dans notre recherche. Il est structuré de la manière suivante : *population de l'étude* (groupe déprimé/groupe témoin), *dispositif de la recherche, présentation des outils de la recherche, la procédure de la recherche, les hypothèses opérationnelles et méthodes d'analyse et de traitement des données*. Le chapitre 4 est consacré aux *Résultats*, qui apportent des données cliniques sur la population dépressive et qui répondent aux différentes hypothèses opérationnelles de l'étude. Le chapitre 5 concerne la *Discussion théorico-clinique*, organisée selon les axes suivants : *Stratégies d'attachement et perturbation de la régulation émotionnelle; Dépression et représentations insécurisées des liens d'attachement; Personnalité des femmes déprimées et attachement; Perspectives thérapeutiques; Limites de l'étude et perspectives*. Ce dernier chapitre a pour objectif de mettre en perspective les implications théorico-cliniques et thérapeutiques des résultats de notre recherche. Nous terminons par la *Conclusion* qui souligne les principaux apports de la recherche dans la compréhension psychologique et psychopathologique de la dépression.

CHAPITRE 1. PSYCHOPATHOLOGIE CLINIQUE DE LA DEPRESSION

CHAPITRE 1. PSYCHOPATHOLOGIE CLINIQUE DE LA DEPRESSION

1. DEPRESSION ET EPIDEMIOLOGIE

La dépression est un problème de santé publique qui touche au niveau mondial 20% de la population générale au cours de la vie entière dont 15% de la population générale française (Sire, 2007; Bohbot, 2007). Elle concerne chaque année 4,7% de la population générale en France, soit près de 3 millions de français (Sire, 2007). La dépression serait la deuxième cause d'invalidité derrière les maladies cardio-vasculaires (rapport O.M.S. 2001). C'est d'ailleurs une pathologie en constante augmentation : les personnes déprimées ont augmenté de près de 50% entre 1980 et 1990 (études décennales de l'I.N.S.E.R.M.). De plus, la dépression est une pathologie récidivante et de longue durée : le taux de récurrence est de 50% en 2 ans et entre 75% et 80% à plus long terme; et le taux de chronicité est compris entre 15 et 20% (Sire, 2007; Dassonville, 2007).

Se pose aussi dans la dépression, la question du risque suicidaire comme principale complication (Dassonville, 2007). En effet, 15% de la population déprimée française décède par suicide et 50 à 80% des suicides sont effectués par des personnes déprimées (mais aussi 30% des tentatives de suicide). En France, il s'agit par an de 12 000 suicides aboutis et de 120 000 à 150 000 tentatives de suicide (Dassonville, 2007).

En ce qui concerne les formes cliniques, la prévalence au cours des douze derniers mois et au cours de la vie est respectivement de 6% et de 21,4% pour les épisodes dépressifs majeurs et de 1,6% et 7,9% pour la dysthymie (Sire, 2007).

Le facteur sexe est aussi un facteur significatif de vulnérabilité dépressive. La prévalence entre les sexes est fortement inégale. En effet, la dépression touche en France deux fois plus de femmes que d'hommes (Sire, 2007; Dassonville, 2007). Ces résultats se

confirment depuis les années 50 lorsqu'ont été réalisées les premières études épidémiologiques dont celles de Brown et Harris en 1978 (Gérard *et al.*, 1995). Malgré un certain nombre de biais méthodologiques décrits par Führer et Rouillon (1989) puis Rouillon en 2005 (utilisation du service de santé supérieure chez les femmes et les stéréotypes sexuels), ceux-ci ne suffisent pas à rendre compte de la différence significative entre hommes et femmes (Gérard *et al.*, 1995). Et ceci d'autant plus que la dépression est au troisième rang de la morbidité féminine alors qu'elle est au septième rang de la morbidité masculine (Gérard *et al.*, 1995). De plus, il est observé une plus grande fréquence de rechutes dépressives chez les femmes que chez les hommes.

Pour certains auteurs (Gérard *et al.*, 1995), cette vulnérabilité est expliquée par des facteurs biologiques spécifiques de la féminité (régulation hormonale, ménopause, grossesse, post partum). En revanche, Lanouzière (2005) voit dans la dépression chez la femme le « *sentiment d'infériorité* » décrit par les psychanalystes – essentiellement Freud - qui a des conséquences sur son développement psychoaffectif. Lanouzière (2005) mentionne le sentiment de manque et d'impuissance (ne pas avoir de pénis), l'éducation des filles conduisant les femmes à un rôle passif, narcissique, dépendant, romantique (éloigné de la sexualité) et d'objet de désir (et non d'être un sujet qui désire) vis-à-vis des hommes. Elle mentionne également les avatars de la relation à la mère qui est soit à mauvaise distance (trop intrusive ou trop distance) ou soit elle-même déprimée chronique. Cette relation est d'autant plus primordiale qu'elle est à la fois le creuset de la maternité et de la sexualité, toutes deux composantes de la féminité. Lanouzière (2005) fait d'ailleurs le lien entre la dépression chez la femme et la dépression d'infériorité de Pasche (1969).

En ce qui concerne les facteurs socio-démographiques (Bohbot, 2007; Sire, 2007), nous pouvons mentionner comme facteurs à risque : la tranche d'âge (plus d'épisodes dépressifs majeurs entre 18 et 44 ans et plus de dysthymies entre 45 et 64 ans), la situation matrimoniale (plus de dépressions chez les veuves, célibataires et divorcées que chez les personnes mariées), la solitude, le milieu socio-économique (plus de dépressions dans les milieux défavorisés) et la situation professionnelle (plus de dépressions chez les chômeurs et chez les personnes ayant un travail avec un stress majeur).

2. HISTORIQUE DE LA NOTION DE DEPRESSION

Mélancolie et dépression ayant une parenté commune dans l'histoire de la psychiatrie et de la psychopathologie (Pédinielli & Bernoussi, 2004; Morel, 1996), nous présentons, de l'antiquité à nos jours, tout d'abord l'historique de la notion de mélancolie pour nous attacher ensuite à celui de la dépression comme entité clinique séparée.

2.1 Historique de la notion de mélancolie

La signification de la mélancolie dans son acception médicale est très éloignée du langage ordinaire : ce n'est pas de la tristesse, du « vague à l'âme », le « spleen baudelairien » ou le désespoir des poètes romantiques (Pédinielli & Bernoussi, 2004).

À l'origine, elle s'inscrit selon Pigeaud (1981) dans les 4 premières catégories nosographiques identifiées : la manie, la frénésie, la privation d'esprit et, la mélancolie. À la naissance de la médecine occidentale, c'est la seule maladie dont on connaît précisément la cause : la noirceur de l'humeur du malade et l'excès de bile noire (Pigeaud, 1981). Nous devons le terme de mélancolie – qui signifie bile noire - et son mécanisme d'explication humorale à Hippocrate au Vème siècle avant Jésus Christ (Widlöcher, 1983). Par l'intermédiaire du mécanisme humoral, Pigeaud (1981) montre qu'Hippocrate établit un lien entre l'âme et le corps en « *mettant en rapport des sentiments spécifiques avec une humeur particulière, tristesse et crainte d'un côté et bile noire de l'autre* » (Morel, 1996, 3). Pour Platon, le terme « bile » est un concept général unissant des humeurs diverses. Selon Hippocrate, la bile noire du malade envahissait le sang et créait un état caractérisé par la tristesse et l'abattement (Pigeaud, 1981). Et, comme le remarque Widlöcher (1983), nous conservons encore le vocabulaire d'Hippocrate lorsque nous parlons d'humeur noire pour définir la tristesse. La mélancolie est alors associée à un dérèglement de l'humeur (Widlöcher, 1983).

Cependant, malgré l'interdépendance entre l'âme et le corps, la mélancolie se distingue de l'épilepsie par sa symptomatologie psychique : « *[La mélancolie] ou [l'épilepsie] apparaît selon l'endroit où frappe la maladie; si elle frappe le corps : on est en*

présence d'épileptiques, si c'est l'esprit : des mélancoliques » (Hippocrate, cité par Widlöcher, 1983, 21).

Ainsi, jusqu'à Dioclès de Caryste, médecin grec au III^{ème} siècle avant notre ère, la mélancolie était cantonnée à un symptôme psychique de tristesse ou d'humeur noire. Ce dernier est le premier à faire un lien entre la mélancolie et des symptômes somatiques (Morel, 1996). Il parle de maladie « *hypocondriaque* » qui associe des symptômes gastroduodénaux au malaise psychique (Morel, 1996). Pour Morel (1996), ce lien entre la mélancolie et l'hypocondrie met en exergue une nouvelle façon de définir et d'appréhender la maladie. Cette association met en relief les « somatisations angoissantes » existantes dans la mélancolie, l'asthénie et plus tardivement dans la dépression.

Avec Aretée de Capadoce, II^{ème} après J.C., nous avons le témoignage des premières descriptions d'une maladie mélancolique associée à la manie (Widlöcher, 1983; Pédinielli & Bernoussi, 2004) : « *Il s'agit d'une affection sans fièvre dans laquelle l'esprit reste toujours fixé sur la même idée et s'y attache opiniâtrement. Elle me paraît être un commencement ou une espèce de demi-manie. Il y a cette différence entre l'une et l'autre maladie que dans la manie, l'esprit se porte tantôt à la tristesse, tantôt à la gaieté, tandis que dans la mélancolie l'esprit reste constamment triste et abattu* » (cité par Widlöcher, 1983, 22). Néanmoins, selon Morel (1996), il est certainement abusif d'attribuer à Aretée de Cappadoce l'idée première de maladie maniaco-dépressive. Cependant, l'idée d'une succession des deux affections, manie et mélancolie, est mise en lumière, et on parle alors d'une nouvelle pathologie qu'il sera coutume d'appeler, à partir du XIX^{ème} siècle, « *psychose maniaco-dépressive* » (Morel, 1996).

Galien (133-211 après J.C.), continuateur de la tradition hippocratique, formule une description de la mélancolie qui fait autorité jusqu'au XVIII^{ème} siècle. La mélancolie est marquée par l'affliction, la tristesse profonde et l'éloignement des choses les plus chères (Widlöcher, 1983). Au IX^{ème} siècle, le médecin arabe Ishâq Ibn Imrâm de Bagdad détaille dans le *traité de la mélancolie* les symptômes de la mélancolie de manière précise et proche des formulations actuelles (Widlöcher, 1983; Pédinielli & Bernoussi, 2004). Il évoque la lenteur, l'immobilité, le mutisme, les troubles du sommeil, l'anorexie, l'anxiété, l'agitation, la tristesse et les risques suicidaires (Pédinielli & Bernoussi, 2004).

Pendant le Moyen-âge, on préserve les considérations hippocratiques en leur ajoutant des considérations morales, surnaturelles et religieuses (Morel, 1996). Néanmoins, pendant cette période (Morel, 1996), Gilbert l'Anglais fait une description de la mélancolie proche de la conception contemporaine de la clinique dépressive : « *toutes les mélancolies ont en commun et sont universelles et perpétuelles : la tristesse, la crainte des choses qui ne sont pas à craindre, la méditation sur des sujets qui n'ont pas été médités* » (cité par Morel, 1996, 5). De plus, le pseudo-Arnaud de Villeneuve mentionne des troubles qui font référence actuellement au syndrome de Cottard : « *certaines pensent qu'ils n'ont pas de tête [...] d'autres croient être des vases en argile et ne veulent pas qu'on les touche, de peur d'être cassés* » (Morel, 1996, 5).

Foucault (1972) dans *l'Histoire de la folie à l'âge classique* montre les différentes conceptions de la folie en fonction des époques, et ni la mélancolie, ni la manie ne font exception à la folie en s'y intégrant comme des écarts à la norme sociale. Si le XVIème siècle fait l'éloge de la folie comme une expérience humaine possible, le XVIIème siècle, siècle de la raison « cartésienne » inscrit le malade psychiatrique du côté des insensés. Selon Foucault (1972), les concepts fondamentaux de la folie se réfèrent fortement aux notions de la mélancolie et de la manie, et ce de l'antiquité jusqu'au XVIIIème siècle. Parallèlement, malgré l'association entre folie, manie et mélancolie, les théories humorales de la mélancolie et de la manie subsistent au XVIIème siècle et s'enrichissent au XVIIIème siècle sous la plume de Boerhaave (1728) dans *Aphorismi de cognoscendis et curandis morbis* et de Morgagni (1762) dans *Sedibus et causis morborum per anatomen indagatis* (Morel, 1996).

L'entrée en scène des aliénistes, avec l'arrivée de Pinel au XIXème siècle, inscrit de nouveau la mélancolie comme une des pathologies de la folie, tout en tentant d'instaurer l'individualisation de la pathologie mentale. Comme l'explique Foucault (1972), les différentes formes de la folie peuvent être dorénavant classifiées comme ce fut le cas précédemment dans les classifications botaniques de Linée. Mais pour définir l'affection, ces classifications prennent en compte l'étendue du trouble du jugement plutôt que l'étendue du trouble de l'humeur.

En 1801, Pinel, dans la première édition du *Traité philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, propose une division de l'aliénation en cinq espèces. La mélancolie est considérée comme un délire exclusif avec conservation du libre arbitre et une thymie variable

(Pinel, 1801). Pinel (1801) la conçoit comme une folie partielle en étant un délire dirigé sur un objet ou une série d'objets avec risques d'évolution maniaque et suicidaire. De son côté, Esquirol (1820), dans l'ouvrage *Lypémanie ou mélancolie*, laisse le terme mélancolique aux moralistes et poètes pour établir une distinction ferme entre la *lypémanie* et les *monomanies* proprement dites. La lypémanie se présente alors comme un délire partiel accompagné d'une passion triste et oppressive. La lypémanie d'Esquirol (1820) permet à la fois de supprimer de la mélancolie une grande partie des pathologies délirantes chroniques et de régler le problème de la spécificité dépressive (Morel, 1996).

En ce qui concerne la mélancolie, avec les avancées de Pinel et d'Esquirol, la folie laisse progressivement la place à la notion de trouble de l'humeur. En fait, nous devons principalement à Guislain (1833) et à Griesinger (1833), l'apparition de la catégorie des troubles de l'humeur dans la taxonomie psychiatrique (Pédinielli & Bernoussi, 2004). Guislain crée la notion de « douleur morale » et lie l'affection mentale à une altération de l'humeur (Pédinielli & Bernoussi, 2004).

Les notions psychopathologiques de maladie maniaco-dépressive et d'autres formes dépressives sont pleinement établies avec Kraepelin (1899, 1915). Le lien entre mélancolie et manie se resserre : en 1854 simultanément, Baillarguer décrit la folie à double forme et Falret la folie circulaire. Mais c'est finalement à Kraepelin en 1899 que l'on doit l'identité d'une entité clinique autonome appelée par l'auteur, « *folie maniaco-dépressive* », mais intitulée dans l'usage psychiatrique moderne *psychose maniaco-dépressive* ou *maladie maniaco-dépressive* (Widlöcher, 1983). Widlöcher (1983) constate qu'avec Kraepelin, apparaît également le terme de dépression qui servait jusqu'alors uniquement pour désigner l'abattement consécutif à la tristesse générale ou à la mélancolie. Il inclut la mélancolie dans un ensemble plus vaste constitué par la dépression.

Kraepelin (1915) distingue 5 formes de dépression : la dépression de folie maniaco-dépressive (dépression endogène), la dépression névrotique (dépression psychogène), la dépression d'involution (chez les sujets âgés), les dépressions symptomatiques d'une autre affection (notamment organique) et la personnalité pathologique dépressive (Pédinielli & Bernoussi, 2004). Malgré son encrage dans les formes dépressives, la tradition psychiatrique oppose la dépression de la maladie maniaco-dépressive, supposée être essentiellement liée à des facteurs constitutionnels d'origine interne et organique à la dépression névrotique

considérée comme une réaction psychologique et psychogène associée à des aléas de l'existence ou à des tensions psychiques au sein de la personnalité (Widlöcher, 1983). La mélancolie est considérée encore de nos jours comme la forme dépressive la plus sévère (Pédinielli & Bernoussi, 2004).

La psychanalyse freudienne apporte des éclairages nouveaux à la mélancolie. Freud dans *Deuil et Mélancolie* (1915), individualise à partir de l'expérience du deuil, les mécanismes psychiques propres à la mélancolie. Si dans l'expérience du deuil, le sujet souffre de la perte de l'objet, dans la mélancolie le sujet souffre d'une perte quant à son moi (Freud, 1915). Dans l'expérience du deuil, le sujet détache la libido liée à l'objet perdu pour la déplacer vers un nouvel objet (Freud, 1915). En revanche, dans la mélancolie, la libido est ramenée vers le moi car le sujet identifie son moi à l'objet abandonné (Freud, 1915). Alors, les accusations et la haine portées initialement sur l'objet perdu se transforment en auto-accusations et en haine portée sur la partie du moi du sujet modifiée par identification à l'objet perdu (Freud, 1915).

Dans le *Moi et le Ça* (1923), Freud propose une approche différentielle entre la névrose obsessionnelle et la mélancolie. Alors que dans la névrose obsessionnelle le moi se révolte contre le surmoi, dans la mélancolie le moi ne proteste pas, se reconnaît coupable et se soumet aux châtiments infligés par le surmoi. Cette distinction entre la mélancolie et la névrose dans l'analyse psychopathologique conduit à séparer la dépression mélancolique, de la dépression névrotique rencontrée chez les patients qui ont une névrose obsessionnelle. Le travail de Freud ajouté aux distinctions de Kraepelin (1915) sur les différentes formes dépressives accentuent la séparation entre mélancolie et dépression névrotique (Briole *et al.*, 1995; Bougerol, 1995).

Mais à partir des années 80, le DSM III propose une nouvelle classification des états dépressifs remettant en cause l'opposition très installée entre mélancolie et dépression névrotique (Pédinielli & Bernoussi, 2004). Etant une définition purement opératoire et athéorique, et en se basant uniquement sur la symptomatologie et la gravité des troubles dépressifs, la classification américaine internationale a fait fi des critères de Kraepelin ainsi que des organisations psychopathologiques (névrotiques ou psychotiques) sous-jacents à ces troubles (Pédinielli & Bernoussi, 2004). Elle remet à jour l'idée hippocratique - ce qui est encore le cas actuellement dans le DSM IV- en regroupant dans une même catégorie de

troubles, les *troubles de l'humeur* comprenant la mélancolie (appelée trouble unipolaire), la maladie maniaco-dépressive (appelée troubles bipolaires) et les différents troubles dépressifs (Morel, 1996). La mélancolie devient une sous caractéristique de l'épisode dépressif majeur selon le critère de gravité du trouble (Pédinielli & Bernoussi, 2004).

La classification DSM III et les suivantes séparent très clairement l'état pathologique (troubles de l'axe I) des troubles de la personnalité (troubles de l'axe II) alors que les classifications psychanalytiques classiques (Buzzard, 1930) et psychiatriques émanant de Kraepelin (1915) considèrent l'état pathologique comme lié et inhérent à la structure de personnalité (névrose psychose). Pour ces classifications, on ne peut soigner la dépression, si on ne s'intéresse pas au fonctionnement psychique qui lui est sous-jacent. Le DSM III et les suivantes considèrent qu'il faut séparer la dépression qui émane d'un trouble thymique, du trouble de la personnalité éventuel et associé. Pour les partisans de cette classification, en se focalisant trop sur la personnalité, on oublie de soigner le syndrome dépressif (Olié & Baylé, 1995).

2.2 Historique de la notion de dépression non mélancolique

Si la notion de dépression « *psychogène* » est depuis longtemps reconnue, son domaine reste longtemps hors du champ de la médecine et de la psychiatrie (Morel, 1996). Sénèque (50 ap. J.C.) est certainement le premier à écrire sur cette maladie de l'âme appelée « *taedium vitae* » (ce dégoût de la vie). Sa description clinique de la tristesse ressemble fort à l'état dépressif : « *le mal dont nous souffrons ne vient pas des lieux, mais de nous qui n'avons la force de ne rien supporter, travail, plaisir, nous-mêmes, tout nous est à charge. Il y a des gens que cela conduit à la mort [...] la maladie a pour origine un manque d'équilibre de l'âme et des aspirations timides malheureuses, selon que l'on n'ose pas tout ce qu'on désire ou que l'on tente en vain de le réaliser et qu'on s'épuise à espérer* » (cité par Morel, 1996, 8).

Au IV^{ème} siècle, Jean Chrysostome parle de la « *tristitia* ». Il exhorte son disciple Stagyre tourmenté par le mal : « *La violence du chagrin trouble si étrangement votre raison que la pensée du suicide vous poursuit et que vous avez failli vous pendre, vous noyer ou vous*

précipiter du haut d'un rocher » (cité par Morel, 1996, 9). La *tristitia* n'est pas considérée comme une variation de la folie, ce qui est le cas de la mélancolie, mais comme un effet du dérèglement et de la mollesse de l'âme sans troubles de l'entendement. La *tristitia* pour Chrysostome ne peut affecter qu'« *une âme faible, inexpérimentée et peu aguerrie* » (cité par Morel, 1996, 8). Si la mélancolie est une forme de folie qui ne peut entraîner la damnation éternelle lors d'un suicide, c'est le cas pour la tristesse et le désespoir. En effet, dans cette hypothèse « *il n'y a pas de doutes que celui qui consomme est damné* » (Césaire, évêque d'Arles 470-542). La dépression fait donc son chemin, mais celle-ci n'est pas du domaine de la médecine, mais de celui de la religion et de la foi.

Il faut attendre la fin du XVIIIème siècle pour que la dépression soit considérée comme une entité clinique spécifique (Morel, 1996). Cette spécificité est initiée par le biais de la notion de « *nostalgia* » de Hofer (1678) dans son ouvrage le *Dissertation de Nostalgia*. Hofer (1678) détaille minutieusement les symptômes de cette *nostalgia* : anxiété, perte de sommeil et de l'appétit, désespoir, rêveries douloureuses. Pour Morel (1996), ces critères ressemblent fort aux critères actuels de la dysthymie. Hofer montre aussi que cette *nostalgia* a une origine réactionnelle.

Ainsi, ce tableau clinique et l'origine réactionnelle constituent une nouvelle avancée dans l'individualisation de la dépression. L'apparition en 1864 de la notion de *Neurasthénie* établit l'existence de formes dépressives distinctes de la mélancolie. Son tableau clinique très polymorphe associe des manifestations d'allure somatique telles qu'« *asthénie physique* », céphalées, rachialgies, dyspepsie, atonie intestinale, vertiges, tremblements, palpitations, troubles de la sexualité, insomnies, à un état particulier, fait de fatigues cérébrales, de troubles de la mémoire et de l'attention, de tristesse et de découragement parfois complétés d'éléments phobo-obsessionnels. Pierre Janet (1898) en construisant la notion de *psychasthénie* dans *Névroses et Idées Fixes*, plutôt que d'évoquer la *neurasthénie* - où se mêlent confusément des troubles névrotiques, psychosomatiques et dépressifs - permet la spécificité d'une entité clinique où le trouble de l'humeur constitue l'expression essentielle voire unique.

Si la pathologie dépressive est unifiée, différentes formes dépressives sont identifiées. Kraepelin (1915) distingue 5 formes de dépression : la dépression de folie maniaco-dépressive, la dépression névrotique, la dépression d'involution (chez les sujets âgés), les dépressions symptomatiques d'une autre affection (notamment organique) et la personnalité

pathologique dépressive. Langue (1928) et Gillepsie (1929) discernent également deux formes dépressives : la dépression endogène et la dépression psychogène (réactionnelle). Parallèlement, Fenichel (1945), dans une synthèse de travaux psychanalytiques, montre qu'il existe un point commun entre toutes les formes dépressives : la présence d'un conflit ambivalent autour des apports narcissiques répartis sur le malade et ses objets. Plus tardivement, Kielhoz (1959) établit également au sein des états dépressifs, non endogènes, trois formes cliniques : névrotique, réactionnelle et d'épuisement. Les distinctions de Kielhoz constitueront une référence utile pour les praticiens pendant un quart de siècle (Morel, 1996).

Parallèlement à la dépression mélancolique (individualisée par Freud dans *Deuil et Mélancolie*, 1915), le psychanalyste Bergeret (1972), spécifie la notion de dépression-limite liée aux états limites et, fait coïncider la dépression à une organisation de personnalité particulière (organisation limite) marquée par l'angoisse de séparation et des relations objectales anaclitiques. Il met en cause l'idée admise de dépression névrotique puisqu'il considère que la « dépression fondamentale » ne s'inscrit pas dans le registre névrotique.

Dans la deuxième partie du XXème siècle, les différents troubles dépressifs sont regroupés. Le DSM III (1987) et le DSM IV (1994) rangent tous les états dépressifs dans les troubles de l'humeur. Pour le DSM IV, il faut uniquement retenir la notion thymique de la dépression. Il faut donc se défaire des classifications qui associent l'état pathologique à la personnalité (Olié & Baylé, 1995). La notion de dépression névrotique est donc abandonnée (Escande & Thérat, 2000) puisqu'elle renvoie à une structure de personnalité et à une étiopathogénie (celle-ci renvoie à des conflits intra-psychiques de nature névrotique). Le DSM IV T-R (2000) distingue dans les états dépressifs (à l'exception des états mélancoliques), l'état dépressif majeur (présence de 5 symptômes dépressifs dont l'humeur dépressive) et la dysthymie (moins de symptômes dépressifs mais s'inscrit dans une durée d'au moins 2 ans). Néanmoins, beaucoup d'auteurs dont Morel (1996) pensent que la dysthymie succède à la dépression névrotique.

3. DEFINITION DE LA DEPRESSION

3.1 Sémiologie du syndrome dépressif

Nous avons fait le choix d'utiliser la notion de *syndrome dépressif* (Widlöcher, 1983; Guelfi, 1985; Bougerol, 1999) dans notre sémiologie de la pathologie dépressive plutôt que celle « *d'état dépressif* » (Carvallo & Cohen, 1995; Pédinielli & Bernoussi, 2004).

En effet, la notion de syndrome dépressif permet de spécifier les symptômes inhérents et spécifiques de la dépression aux symptômes associés à celle-ci. Le syndrome constitue l'ensemble des signes qui peuvent être regroupés selon une cohérence logique et clinique (Widlöcher, 1983). En revanche, il nous semble que l'état dépressif ne nous permet pas d'établir cette différence entre symptômes spécifiques – appelés par Widlöcher (1983) « *forme canonique* » - et symptômes associés à la dépression. Il en résulte alors, dans l'optique d'une sémiologie des états dépressifs, une sémiologie « *additionnelle* » qui rend compte uniquement des symptômes observés dans la pathologie. En ce sens, si l'anxiété et les manifestations somatiques sont des symptômes de l'état dépressif, ils ne sont pas considérés comme les symptômes du « *syndrome dépressif* ».

Pour Widlöcher (1983), les deux traits fondamentaux du syndrome dépressif sont : l'humeur dépressive et le ralentissement psychomoteur. Guelfi (1985), en accord avec la définition clinique et syndromique de Widlöcher, distingue au sein du syndrome dépressif deux symptômes fondamentaux : l'humeur dépressive et l'inhibition (ou « perte de l'élan vital »). Plus récemment, Pwezner (2003) a confirmé le choix de ces 2 symptômes fondamentaux qui constituent le « noyau sémiologique commun ». D'ailleurs, c'est le ralentissement psychomoteur qui permet un diagnostic différentiel entre le normal et le pathologique (Widlöcher, 1983). En effet, si l'humeur dépressive n'est pas associée au ralentissement psychomoteur, le diagnostic de dépression ne peut être établi (Widlöcher, 1983). Au regard de ces deux symptômes, la dépression peut être considérée comme une maladie psychosomatique puisqu'elle touche simultanément la dimension psychique et physique (Widlöcher, 1983; Ferrant, 2007). En effet, la dépression engendre une transformation des modes de régulation neurophysiologique (Ferrant, 2007).

Aux deux symptômes fondamentaux de la dépression (Widlöcher 1983; Guelfi, 1985, , 2003) s'ajoutent des symptômes associés au syndrome dépressif. Nous considérons que les symptômes associés à la dépression sont : les symptômes somatiques (Widlöcher, 1983; Guelfi, 1988; Pwezner, 2003) et l'anxiété (Guelfi, 1985; Bougerol, 1999). En revanche, nous avons exclu des symptômes décrits par certains auteurs comme les troubles du caractère (Guelfi, 1985) ou l'apparition éventuelle d'un délire (Bougerol, 1999) puisqu'ils renvoient à des considérations étiopatogéniques liées à des facteurs de personnalité (troubles du caractère) ou à une organisation psychopathologique (délire lié à la mélancolie).

3.1.1 Les symptômes fondamentaux du syndrome dépressif

- L'humeur dépressive :

La dépression fait partie des troubles de l'humeur. Pour Delay (1946), la notion d'humeur dépressive est un trouble fondamental de la dépression. Selon cet auteur, l'humeur constitue l'ensemble des dispositions affectives et instinctives qui déterminent la tonalité fondamentale de l'activité psychique, capable d'osciller entre les deux pôles, de l'euphorie expansive à l'expression douloureuse.

L'humeur dépressive est donc tout d'abord liée à une désorganisation émotionnelle (Widlöcher, 1983). Elle renvoie à la tristesse, à la douleur morale (Bougerol, 1999; Pwezner, 2003). Les patients expriment un profond désespoir : « *j'en ai marre de vivre, ma vie n'est que souffrance* ». Cette douleur morale est remplacée chez certains patients par une anesthésie affective : les patients déprimés disent « *ne plus rien ressentir* ». Nous parlons dans ce cas, d'« *émoussement affectif* » ou de « *déficit émotionnel* ». Cet émoussement affectif conduit, selon les dires du patient, à une perte d'intérêt et de plaisir. Cliniquement, il faut comprendre l'émoussement affectif comme une protection contre les affects douloureux (Chahraoui *et al.*, 2000). Mais en ce qui concerne la perte d'intérêt et d'affection pour l'entourage, elle n'est que trompeuse selon Widlöcher (1983). Pour l'auteur, l'affection portée à l'entourage subsiste : « *Lorsque le déprimé déclare qu'il n'a plus goût à rien ou qu'il n'aime plus les siens, il faut entendre que l'attachement aux choses et aux gens subsiste, mais qu'il n'en tire plus aucune joie* » (Widlöcher, 1983, 37).

Ensuite, l'humeur dépressive a un impact au niveau des représentations du monde et de soi qui deviennent négatives (Widlöcher, 1983). L'humeur dépressive imprègne tout le vécu subjectif du malade dans sa représentation du monde et sa temporalité : remords et nostalgie d'un passé dont on rumine les souvenirs, désintérêt profond pour un présent terne ou douloureux et pessimisme au sujet d'un avenir qui ne fait que conforter l'état actuel du patient (Widlöcher, 1983). L'humeur dépressive crée une rupture avec l'état affectif initial, « *plus rien ne sera comme avant* » et « *je ne m'en sortirai jamais* », disent les patients déprimés. La douleur dépressive s'apparente à la perte d'espoir (« *hopelessness* » de Beck). La représentation de soi est dévalorisée (« *je suis nul* », « *je ne vauds rien* »). La représentation des autres est également négative. Les demandes vis-à-vis d'autrui sont ambivalentes : autrui est considéré comme « *abandonnant* » et, « *incapable d'aider à sortir de la dépression* » malgré la demande d'aide du patient déprimé à son encontre.

- **L'inhibition** :

Ce « *syndrome d'inhibition* » comprend pour Guelfi (1985) une fatigue générale, un désintérêt global et progressif, une réduction de l'activité motrice, une perte d'initiative et une baisse de l'efficacité intellectuelle. Ce dernier trouble engendre des troubles de la mémoire et une chute du rendement, de la productivité et de la créativité. Cependant, le syndrome d'inhibition concerne également le vécu émotionnel au travers l'anhédonie qui révèle l'inhibition des éprouvés affectifs (Bougerol, 1999).

Dans le syndrome d'inhibition est compris le ralentissement psychomoteur. Celui-ci est considéré pour Widlöcher (1983) comme le symptôme central de la dépression. Ce ralentissement moteur et psychique s'accompagne d'une sensation de fatigue très importante : on parle d'asthénie fondamentale. Le déprimé dit qu'il n'a plus d'énergie, « *plus le moteur qui me permettait d'avancer* » dit une patiente. Concernant le ralentissement moteur, Carvallo et Cohen (1995) observent un ralentissement de la démarche (démarche traînante), des mouvements (figement dans l'attitude, gestes gauches et lents), de la mimique (regard fixe, absence de sourire, mimique figée ou monotone), du débit verbal (lenteur, mutisme), de la modulation de la voix (voix affaiblie, monocorde, discours peu audible ou inaudible), des réponses (réponses brèves, laconiques). Selon Guelfi (1985), la présence persistante d'un ralentissement psychomoteur permet de poser le diagnostic de dépression malgré le fait que

les troubles de l'humeur soient mineurs. Guelfi (1985) note également que ce ralentissement moteur peut être remplacé par son contraire : une agitation motrice.

Si sur le plan physique, l'inhibition est principalement exprimée au travers de la fatigue, elle est traduite, sur le plan psychique, par le terme de bradypsychie (Bougerol, 1999). En effet, les différents registres de l'activité mentale (capacités d'idéation, d'évocation, d'association et de synthèse) sont plus ou moins atteints selon la gravité de la dépression (Bougerol, 1999). De plus, l'activité mnésique est touchée sans qu'il y ait une détérioration neurologique de la mémoire. Il s'agit de troubles subjectifs et attentionnels liés à l'inhibition dépressive. En effet, la mémoire implicite du patient déprimé, qui ne requiert aucune attention soutenue, est intacte (Danion *et al.*, 1991). Le vécu émotionnel est également inhibé chez le déprimé (Bougerol, 1999). L'impossibilité d'éprouver du plaisir – appelée anhédonie – du fait de la diminution d'acuité des éprouvés affectifs, est vécue douloureusement et de manière culpabilisante par le sujet (Bougerol, 1999). Pour Fédida (2001), l'expérience du déprimé est une expérience de glaciation des affects protégeant le déprimé de sa douleur de vivre. Le déprimé dit ne plus rien ressentir, même pour les êtres les plus chers. Le vécu émotionnel montre l'interrelation chez le déprimé entre l'humeur dépressive et l'inhibition.

3.1.2 Les symptômes associés au syndrome dépressif

Les symptômes somatiques

Ces symptômes sont très fréquents et sont la résultante de deux symptômes fondamentaux : l'humeur dépressive et l'inhibition. Ils font partie du tableau clinique de la dépression. Pedinielli et Bernoussi (2004) appellent ces symptômes somatiques, les « signes objectifs » de la dépression. Les différents symptômes somatiques ci-dessous font consensus dans le tableau dépressif (Guelfi, 1985; Carvalo & Cohen, 1995; Pewzner, 2003; Pedinielli & Bernoussi, 2004) :

- *les troubles du sommeil* : insomnies dans plus de 60% des cas de dépression (Pedinielli & Bernoussi, 2004) : insomnies d'endormissement, réveils nocturnes fréquents avec cauchemards ou encore réveils précoces. Il peut également être observé, mais plus rarement, une hypersomnie (Bougerol,

1999; Pedinielli & Bernoussi, 2004). Guelfi (1985) la considère comme une « hypersomnie-refuge » puisqu'elle n'évite au déprimé ni le réveil pénible, ni la sensation désagréable d'un sommeil non réparateur.

- *les troubles alimentaires* : amaigrissement et dégoût de nourriture. Pedinielli et Bernoussi (2004) évaluent entre 80% et 90% la fréquence anorexique. C'est surtout la perte de poids qui est à considérer comme un symptôme dépressif. Cette perte peut être sévère allant jusqu'à 10 kilos en quelques semaines (Carvalo & Cohen, 1995).

- *les troubles de la libido* : diminution marquée de l'appétit sexuel, voire une impuissance ou une frigidité. Cette baisse de la libido favorise les sentiments de dévalorisation et d'atteinte de l'estime de soi (Bougerol, 1999).

- *Autres signes somatiques* : Carvallo & Cohen (1995) mentionnent les troubles digestifs (diarrhée, constipation, nausées, vomissements, gastralgies), les troubles génito-urinaires : pollakiurie, dysurie, brûlures mictionnelles, les troubles cardio-vasculaires : hypotension, palpitations, bouffées vasomotrices, tachycardie et les troubles cénesthésiques (céphalées, vertiges, crampes musculaires, crispations).

- **L'Anxiété**

Le déprimé éprouve un état de tension concernant l'avenir qu'il n'arrive pas à entrevoir et à concevoir. Pour Carvallo et Cohen (1995), il est souvent pris d'angoisses sous des formes variées : gorge serrée, impression de boule au creux de l'estomac, sueurs, nausées, diarrhées, difficultés d'endormissement du fait de ruminations anxieuses. L'anxiété pour Guelfi (1985) doit alerter le clinicien. En effet, l'intensité de celle-ci associée à un syndrome d'inhibition modéré peut conduire à des tentatives suicidaires. À ceci s'ajoute le fait que le déprimé peut avoir une symptomatologie anxieuse associée : agoraphobie, phobie sociale, phobie simple ou obsessions. Bougerol (1999) évalue à 30% la fréquence de sujets déprimés qui ont aussi des troubles anxieux.

3.2 Formes cliniques

Nous présentons les différentes formes cliniques de la dépression. Nous utilisons la classification du DSM IV-TR (2000). Cette classification distingue deux formes symptomatologiques : l'épisode dépressif majeur (ou caractérisé) et les troubles dysthymiques. Nous ajoutons à ces deux formes dépressives, des formes plus singulières décrites dans la littérature : les dépressions mélancoliques (Pewzner, 2003; Bougerol, 1999; Carvalo & Cohen, 1995), les dépressions délirantes (Bougerol, 1999; Carvalo & Cohen, 1995), les dépressions masquées (Pewznel, 2003; Guelfi, 1985), les dépressions brèves-récurrentes (Carvalo & Cohen, 1995; Angst, 1995), les dépressions saisonnières (Bougerol, 1999; Carvalo & Cohen, 1995; Attar-Levy & Lesur, 1995). Nous situant au niveau symptomatique, nous ne prenons pas en compte les formes liées à l'organisation de la personnalité sous-jacente (dépression névrotique, dépression-limite). En effet, ces classifications rendent davantage compte du rôle de la personnalité que de celui de la pathologie dépressive.

3.2.1 Episode dépressif Majeur (caractérisé)

L'épisode dépressif majeur est la forme dépressive la plus typique et la plus franche. Il ne peut être diagnostiqué que si les symptômes persistent au-delà d'un délai de deux semaines. Cet état signifie l'entrée dans une dépression profonde correspondant le mieux au syndrome dépressif évoqué ci-dessus. Cet épisode constitue une rupture radicale avec l'état psychique antérieur. Dans cet épisode dépressif majeur, on note la présence de troubles psychiques (humeur dépressive), de troubles somatiques (ralentissement psychomoteur) ou de signes objectifs associés (trouble du sommeil, perte d'appétit). L'état dépressif majeur s'inscrit dans un épisode momentané mais d'une grande gravité. Cette souffrance psychique peut entraîner des idées de mort ou la réalisation d'actes suicidaires. Nous indiquons ci-dessous les critères DSM IV-TR de l'épisode dépressif majeur.

CRITERES DSM IV D'UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR

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

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

(1) **Humeur dépressive** présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex., se sent triste ou vide) ou observée par les autres (p. ex., pleure). **N.B.** : éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.

(2) **Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir** pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(3) **Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime** (p. ex., modification du poids corporel en un mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. **N.B.** : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

(4) **Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.**

(5) **Agitation ou ralentissement psychomoteur** presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

(6) **Fatigue ou perte d'énergie** presque tous les jours.

(7) **Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée** (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

(8) **Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision** presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(9) **Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes** sans plan précis ou **tentative de suicide** ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte (voir p. 394)

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

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex, hypothyroïdie).

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

3.2.2 *Dysthymie (dépression mineure)*

La dysthymie est un état dépressif s'inscrivant dans la durée (au moins deux ans) et marquée par des symptômes physiques et psychiques moins nombreux et moins intenses que ceux de l'épisode dépressif majeur (au minimum 2 symptômes). Cet état est fortement lié à une faible estime de soi et à une perte d'espoir. Il est également caractérisé par le pessimisme, les croyances négatives sur soi-même et l'incertitude. Il est souvent observé chez ces patients une fragilité narcissique certaine.

CRITERES DSM IV DU TROUBLE DYSTHYMIQUE

A. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, plus d'un jour sur deux pendant au moins deux ans, signalée par le sujet ou observée par les autres.

B. Quant le sujet est déprimé, il présente au moins **deux des symptômes suivants** :

- 1) **Perte d'appétit ou hyperphagie**
- 2) **Insomnie ou hypersomnie**
- 3) **Baisse d'énergie ou fatigue**
- 4) **Faible estime de soi**
- 5) **Difficultés de concentration ou difficultés à prendre des décisions**
- 6) **Sentiment de perte d'espoir**

C. Au cours de la période de deux ans de perturbation thymique, le sujet n'a jamais eu de périodes de plus de deux mois consécutifs sans présenter les symptômes du critère A et B.

D. Au cours des deux premières années de la perturbation thymique, aucun épisode dépressif majeur n'est présent; c'est-à-dire que la perturbation thymique n'est pas mieux expliquée par un trouble dépressif majeur chronique ou par un trouble dépressif majeur en rémission partielle.

E. Il n'y a jamais eu d'épisodes maniaques, mixtes ou hypomaniaques, et les critères du trouble cyclothymique n'ont jamais été réunis.

F. La perturbation thymique ne survient pas uniquement au cours de l'évolution d'un trouble psychotique chronique, tel une schizophrénie ou un trouble délirant.

G. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance ou à une affection médicale généralisée.

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

3.2.3 Dépression mélancolique (mélancolie)

La classification DSM IV T-R (2000) ne fait pas une place autonome à la dépression mélancolique. Elle constitue seulement une caractéristique particulière de l'épisode dépressif majeur (structurée selon 2 composantes : A et B). Concernant la composante A, elle est marquée par une plus grande gravité concernant la perte de plaisir ou l'absence de réactivité aux stimuli agréables. Concernant la composante B, l'épisode dépressif majeur avec caractéristiques mélancoliques doit avoir au moins trois éléments suivants : qualité particulière de l'humeur dépressive (différence du sentiment éprouvé dans le deuil), dépression régulièrement plus marquée le matin, réveil matinal précoce (au moins deux heures avant l'arrivée du réveil), agitation ou ralentissement psychomoteur marqués, anorexie ou perte de poids significative, culpabilité excessive ou inappropriée.

En revanche, les psychopathologues français (Pwezner, 2003; Bougerol, 1999; Carvallo & Cohen, 1995; Guelfi, 1985) font de la dépression mélancolique, une entité clinique autonome s'inscrivant dans les troubles de l'humeur. Pour Bougerol (1999) et Pwezner (2003), elle renvoie à un ensemble de signes témoignant du caractère endogène. Pour Bougerol (1999), dans la nosologie moderne, ces signes associent l'anhédonie, l'absence de réactivité aux stimuli agréables, la qualité particulière de l'humeur dépressive, l'agitation psychomotrice (elle remplace souvent le ralentissement), l'anorexie, le réveil matinal précoce et les variations nyctémérales. Carvallo et Cohen (1995) sont en accord avec les signes mentionnés ci-dessus par Bougerol (1999) et Pwezner (2003). Nous observons que les critères de Bougerol (1999) sont comparables aux caractéristiques mélancoliques du DSM IV-TR.

Néanmoins, Pwezner (2003) ajoute deux éléments cliniques de la dépression mélancolique en référence aux travaux psychanalytiques de Freud dans *Deuil et Mélancolie*

(1912) : le sujet mélancolique se pose en coupable et non en victime de sa souffrance, ce qui rend difficile la présence d'événements de vie déclencheurs de la dépression; la conduite suicidaire est gravissime (davantage que dans une dépression non mélancolique) puisque le sujet mélancolique se pose en juge féroce, impitoyable et implacable. Carvallo et Cohen (1995) confirment la gravité des conduites suicidaires. En effet, les méthodes suicidaires du mélancolique sont radicales (Carvallo & Cohen, 1995). Les éléments apportés par Pwezner (2003) permettent également de faire un diagnostic différentiel entre la dépression mélancolique et l'épisode dépressif majeur (DSM IV) sans caractéristiques mélancoliques (ou ce que Pwezner appelle la dépression psychogène).

Quant à Carvallo et Cohen (1995), ils nomment encore mélancolie cette affection de l'humeur. Ils la considèrent comme une psychose aiguë associant une humeur dépressive, une inhibition psychomotrice, un ralentissement idéique, une perturbation des fonctions organiques ou végétatives. Pour ces auteurs (1995), le premier accès n'a pas de causes apparentes. Le début de l'épisode peut être marqué par une tentative de suicide et des symptômes tels que céphalées, anorexie, fatigue, insomnie, constipation. Le sujet mélancolique a une présence presque inanimée et ses attitudes se caractérisent par une tristesse incommensurable (1995). Carvalo et Cohen (2005) en fournissent une description clinique précise : attitude humble; visage reflétant l'accablement; voix basse et parfois inintelligible; débit lent et monotone; traits atones avec abaissement des coins de la bouche et obliquité des sourcils. Les traits du patient mélancolique ressemblent à ceux du « *marmoréen* ». Carvallo et Cohen (1995) ajoutent une forme clinique spécifique de la mélancolie : la *forme stuporeuse* lorsque l'inhibition et le ralentissement psychomoteur sont au paroxysme. Dans cette forme stuporeuse, le malade reste immobile et ne s'alimente pas. Cette forme stuporeuse engage alors le pronostic vital (Carvallo & Cohen, 1995).

3.2.4 Dépression délirante (mélancolie délirante)

Pour Bougerol (1999), cette forme inclut toute dépression où sont observées des idées délirantes. Cette présence d'idées délirantes est classiquement associée à la mélancolie. Bougerol (1999), dans la lignée du DSM IV, observe 2 types différents de dépressions délirantes : les dépressions avec caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur et les dépressions avec caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur.

Le premier type correspond à la notion traditionnelle de mélancolie. En effet Guelfi (1985) ne sépare pas en 2 classifications différentes, la mélancolie avec formes délirantes et la mélancolie sans formes délirantes. Pour Bougerol (1999), ces dépressions délirantes congruentes à l'humeur regroupent les idées délirantes mélancoliques classiques ayant pour thème l'indignité, le sentiment de ruine, la culpabilité, la punition méritée et la transformation corporelle appelée « syndrome de Cottard ».

Au sujet de cette forme clinique, Carvallo et Cohen (1985) montrent le lien entre la tonalité affective et les idées délirantes. Ces auteurs (1985) constatent que ces idées délirantes sont monotones, pauvres en contenu idéique, passives, divergentes ou centrifuges. Pour eux, ces idées amplifient les événements passés ou à venir et peuvent apparaître sous-tendues par des phénomènes hallucinatoires de tous types (sensoriels, psychomoteurs ou intrapsychiques). Carvallo et Cohen (1985) classent les idées délirantes en plusieurs types : les idées de culpabilité (faute, péché, souillure, indignité, incurabilité, damnation), les idées de possession (l'esprit est vidé et possédé), les idées morbides (ruine, deuil et malheur) et les idées hypocondriaques de transformation et de négation corporelles (intestins bouchés, cœur glacé, le syndrome de Cotard, idées délirantes autour du V.I.H).

Les dépressions avec caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur ont pour thèmes délirants : la persécution ou la pensée imposée (Bougerol, 1999). Cependant, le diagnostic de ce sous type n'est pas aisé. Ce diagnostic peut être discuté avec les troubles délirants du registre schizophrénique (Bougerol, 1999). Il est à noter que ces dépressions ont un pronostic moins favorable que les dépressions avec caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur. Cette sous catégorie issue de la nosologie du DSM IV est critiquable (Bougerol, 1999) d'autant qu'elle n'entre pas dans la conception classique de la mélancolie (Guelfi, 1985).

3.2.5 Dépression masquée

La dépression masquée est diagnostiquée lorsque le trouble de l'humeur est au deuxième plan, « masqué » par l'importance des symptômes et des plaintes somatiques (Pweznier, 2003; Bougerol, 1999; Guelfi, 1985). La sphère somatique va constituer le langage

unique par lequel le patient est en mesure d'exprimer sa souffrance à autrui (Pwezner, 2003). En effet, la présence du syndrome d'inhibition dans la dépression masquée (ou ralentissement psychomoteur) est la marque de la signature organique de la dépression (Pwezner, 2003).

Même si le diagnostic de dépression masquée n'est pas aisé, il peut être différencié de deux symptomatologies ressemblantes : l'hypocondrie et l'hystérie (Bougerol, 1999). Dans la dépression masquée, les plaintes sont plus monotones et les revendications moins envahissantes que dans l'hypocondrie. Dans la dépression masquée, il n'est également pas observé de bénéfices secondaires et les caractéristiques classiques de l'hystérie (Bougerol, 1999). Les traitements antidépresseurs permettent également de distinguer la dépression masquée d'autres pathologies (Bougerol, 1999; Olié, 1995).

La dépression masquée s'observe aussi dans d'autres cultures, notamment au Maghreb et en Afrique noire, où la dépression ne s'exprime pas au travers d'un sentiment d'indignité ou de culpabilité, mais au contraire par l'expression de la persécution (Pwezner, 2003). Effectivement, l'origine de la souffrance est située à l'extérieur du sujet souffrant alors qu'elle est située à l'intérieur du sujet souffrant dans les sociétés occidentales (Pwezner, 2003).

3.2.6 Dépressions brèves-récurrentes

Cette forme clinique a été individualisée et considérablement étayée à la suite des travaux de Angst (1990) et Montgomery (1989, 1990). Angst (1990) a mis en évidence la fréquence de moments dépressifs itératifs de courte durée qui ne réunissent pas entièrement les critères de l'épisode dépressif majeur du DSM III-R et DSM IV malgré la ressemblance sémiologique. Quant à Montgomery (1989, 1990), à partir d'une étude sur les patients suicidaires, il rend compte de la survenue de périodes dépressives intenses et brèves. Il qualifie ce tableau clinique de « *dépression intermittente de 3 jours* ». Pour Angst (1995), les manifestations dépressives brèves se produisent en moyenne une fois par mois mais l'apparition de ces phases est irrégulière. Cette forme dépressive engendre davantage de tentatives de suicide que l'état dépressif majeur et sa prévalence serait importante dans la population générale (Carvalo & Cohen, 1995).

Les dépressions brèves récurrentes sont davantage associées que les dépressions majeures à la phobie sociale, aux troubles paniques, anxieux et obsessionnels-compulsifs (Angst, 1995). En revanche, les dépressions majeures sont davantage associées à l'anxiété généralisée (1995). Les patients, pour lesquels on diagnostique une dépression brève-récurrente, ont majoritairement un trouble de la personnalité borderline (Montgomery, 1990).

3.2.7 Dépressions saisonnières

Les dépressions saisonnières ne touchent presque exclusivement que les femmes (86%) d'environ 35 ans avec un début des troubles en moyenne à 26 ans (Attar-Levy & Lesur, 1995). Les épisodes dépressifs commencent entre octobre et décembre, et ont une durée de 3-4 mois (Attar-Levy & Lesur, 1995). Pour quelques sujets, il est retrouvé une anxiété anticipatoire dès juillet-août (Attar-Levy & Lesur, 1995). Pour ces auteurs (1995), le tableau symptomatique est constitué d'une hypersomnie (9-10 heures par jour) et d'une hyperphagie (66%) conduisant à une prise de poids modérée (2 à 5 kilos). Carvallo et Cohen (1995) mentionnent l'appétit augmenté, l'hypersomnie mais aussi d'autres symptômes tels que l'asthénie et le repli sur soi. Quand on interroge les patients, ils mentionnent une perte de la libido (69%), un état de tension dans le couple, des difficultés relationnelles et professionnelles liées à l'anxiété (72%), l'irritabilité (99%) et la tendance à l'isolement (Attar-Levy & Lesur, 1995). Pour Bick (1986), les dépressions saisonnières sévères sont associées aux symptômes somatiques de la dépression : insomnie, anorexie et amaigrissement.

Actuellement, le substratum biologique du trouble est mis en évidence. Celui-ci subit les perturbations chrono-biologiques liées à l'alternance des saisons et à l'ensoleillement. (Bougerol, 1999). Pour Attar et Lesur (1995), seule la « déprivation de lumière » peut induire le tableau clinique type de dépression saisonnière (réponse thérapeutique favorable à la photothérapie). L'hypothèse d'un lien avec le raccourcissement de la durée d'ensoleillement est évoqué (Carvalo & Cohen, 1995).

Cependant, dans les études citées par Attar-Levy et Lessur (1995), les patients mentionnent une histoire familiale marquée par l'alcoolisme (7 à 28% selon les études) et des troubles affectifs (69%). En revanche, on ne retrouve pas de troubles psychopathologiques au

cours de l'enfance et de l'adolescence chez les sujets qui ont une dépression saisonnière (Attar-Levy & Lesur, 1995).

4. DEPRESSION ET PERSONNALITE

Lorsqu'au XIXème siècle la dépression a une entité autonome vis-à-vis de la mélancolie avec l'apparition de la notion de neurasténie en 1864 (Morel, 1996), la question de la personnalité devient cruciale. Pour Morel (1996), on peut alors distinguer la mélancolie (liée à la présence d'un délire) de la dépression (absence de délire). Kraepelin (1915) discerne la dépression névrotique (ou psychogène) de la folie maniaco-dépressive (dépression endogène). Plus tardivement, Buzzard (1930) établit une distinction au niveau de la personnalité entre dépression névrotique et dépression psychotique. Dans cette optique, nous constatons que les dichotomies entre les types de dépression ne sont pas liées à la forme symptomatique mais à la personnalité sous-jacente. Dès lors, les distinctions entre dépressions névrotiques et psychotiques - à ceci s'ajoutent les dépressions limites développées par Bergeret en 1970 - dans la littérature psychanalytique (Bougerol, 1995) et les liens entre troubles dépressifs (Axe I) et troubles de la personnalité (Axe II), dans la perspective du DSM, ont été riches et nombreuses (Guelfi *et al.*, 1999).

Nous mentionnons deux modèles de personnalité dans notre étude : le modèle athéorique et descriptif des « troubles de la personnalité » du DSM IV-TR (2000) et le modèle psychanalytique, dynamique et structural de la « structure de personnalité » de Bergeret (1972), réélabore actuellement par le modèle psychanalytique des « pôles d'organisation de la personnalité » de Ferrant (2007).

4.1 Les « troubles de la personnalité » (DSM IV-T-R) associés à la symptomatologie dépressive et le trouble de la personnalité dépressive

Pour le DSM IV T-R (2000), le trouble de la personnalité est considéré selon les différents points présentés ci-dessous.

A : Modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévient notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu. Cette déviation est manifeste dans au moins 2 des domaines suivants :

-La cognition

-L'affectivité

-Le fonctionnement interpersonnel

-Le contrôle des impulsions.

B : Ces modalités durables sont rigides et envahissent des situations interpersonnelles et sociales diverses.

C : Souffrance cliniquement significative.

D : Stable et prolongé. Premières manifestations du trouble de la personnalité au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.

E : Non expliqué par un trouble de l'axe 1.

F : Non dû aux effets d'une substance ou affection médicale généralisée

4.1.1 Troubles de la personnalité associés à la symptomatologie dépressive

Les études empiriques s'accordent dans leur grande majorité pour dire qu'environ 50% des patients déprimés ont un trouble de la personnalité associé (57% pour Corruble & Ginestet, 1996; 46% pour Russel, 2003). En ce qui concerne le type de trouble de personnalité associé à la dépression, nous retrouvons fréquemment la personnalité limite, histrionique, narcissique, dépendante, évitante, obsessionnelle-compulsive et paranoïaque (Darcourt & Benoit, 1996). Au vu de ces résultats, nous pouvons dire qu'il n'y a pas de personnalité spécifique associée à la symptomatologie dépressive. De plus, les résultats sont hétérogènes : la prévalence des troubles de la personnalité ne sont pas identiques selon les études (Corruble & Guelfi, 1999, Corruble, 2002).

Néanmoins, s'il n'y a pas de personnalité spécifique liée à la dépression, des études empiriques montrent que les patients déprimés avec troubles de la personnalité ont des spécificités cliniques (Corruble & Guelfi, 1999) : ils sont plus jeunes lors du premier épisode dépressif, davantage hospitalisés et ils bénéficient d'un soutien social moins important ainsi que de conditions de vie plus instables (célibataires, divorcés, difficultés professionnelles). De plus, l'idéation et les gestes suicidaires sont plus fréquents. Corruble et Guelfi (1999) pensent que les études sont peu probantes du fait de différents facteurs : le faible échantillon, l'absence fréquente d'un groupe contrôle, l'imprécision de la durée de la période d'évaluation, la méthode d'évaluation de la personnalité et l'influence de la chimiothérapie et de la psychothérapie.

Darcourt et Benoit (1997) critiquent la méthodologie et par conséquent les conclusions des études entre la dépression majeure (DSM IV) et les troubles de la personnalité. Il demeure souvent dans ces études une erreur méthodologique de taille : On ne peut pas diagnostiquer – selon le DSM IV- parallèlement un trouble de l'axe I et un trouble de l'axe II (Darcourt & Benoit, 1996). Pour éviter ce biais méthodologique, des études ont évalué la personnalité de sujets considérés en rémission dépressive (Darcourt & Benoit, 1997). Concernant les dépressions majeures unipolaires, les études sont unanimes sur la prévalence de la personnalité dépendante (Davidson *et al.*, 1985; Joffe *et al.*, 1988; Pilkonis *et al.*, 1988; Boyce *et al.*, 1989; Bertschy, 1992; Shea, 1990). Il est aussi fréquemment retrouvé la personnalité histrionique, évitante et obsessionnelle-compulsive (Davidson, 1985; Joffe, 1988; Pilkonis, 1988; Boyce, 1989; Berstschy, 1992; Shea *et al.*, 1990).

Néanmoins, malgré la phase de rémission, il est possible que l'épisode thymique affecte la personnalité initiale du sujet déprimé (Darcourt & Benoit, 1997). Cela signifie que l'évaluation de la personnalité lors de la rémission dépressive n'est pas suffisante pour ne pas suspecter cette éventualité. En effet, il peut y avoir une personnalité « pré-dépressive » et une personnalité « post-dépressive ». Pour pallier cette éventualité, Darcourt et Benoit (1997), souhaitent rendre compte des troubles de la personnalité qui sont mentionnés dans les études comme étant à la fois prédisposants et succédants à la dépression. Les résultats montrent qu'à l'exception du trouble histrionique, il s'agit du cluster C des troubles de la personnalité du DSM IV-TR (2000) regroupant les personnalités dites « anxieuses et craintives » (personnalités dépendante, évitante, obsessionnelle-compulsive).

Cependant, Debray (1992) au travers de son expérience des personnes déprimées considère que seuls les troubles de la personnalité dépendante et évitante peuvent être considérés comme d'authentiques « personnalités dépressives ». En revanche, bien qu'elles favorisent l'apparition de la symptomatologie dépressive, les personnalités histrioniques et obsessionnelles-compulsives ne sont pas considérées pour Debray (1992) comme des personnalités dépressives. Pour ces dernières personnalités, ce sont les échecs patents et récurrents de leur idéal « *d'ordre, de perfectionnisme* », de « *création, d'ouverture* », et de « *richesse fantasmatique* » qui les conduisent à la dépression (Debray, 1992). Pour les personnalités histrioniques et obsessionnelles-compulsives, la dépression se présente davantage comme l'expression de la souffrance psychique plutôt que comme un état pathologique inhérent, lié aux problématiques de la personnalité dépendante et évitante.

A contrario, la personnalité dépendante est marquée par le sceau de la menace dépressive (Debray, 1992). Beck (1980) souligne la grande fréquence de cette personnalité parmi les déprimés et son caractère prédisposant. Les sujets dépendants ont des rapports fusionnels et se retrouvent désemparés sans autrui. Redoutant d'être abandonnés, ils ont un comportement soumis et servile. Par ailleurs, ils se considèrent comme incapables, faibles et impuissants. Pour cette raison, ils ont un besoin excessif d'être pris en charge. En conséquence, ils se subordonnent à l'avis d'autrui. Immatures devant la séparation, ils cherchent de manière urgente un objet d'amour de remplacement et de substitution. Debray (1992) considère que les sujets dépendants sont dans la configuration de la « *possession passive, qui se laisse influencer et qui n'établit pas une véritable différence entre soi-même et l'autre* » (Debray, 1992, 71).

Aussi, la personnalité *évitante* pour Debray (1990) est une personnalité dépressive typique. Ces sujets ont un sentiment de faiblesse, d'impuissance et de culpabilité similaire aux sujets dépendants. Cependant, ils ont une attitude inverse et spécifique. Effectivement, pensant que les autres les considèrent comme incapables ou indignes d'attention, les sujets évitants développent une hypersensibilité aux jugements d'autrui et fuient les relations en s'isolant. Mais, en s'isolant, ils sont envieux et malheureux. Ceci les conduit à une insatisfaction chronique puisqu'ils savent par ailleurs que les relations interpersonnelles pourraient améliorer leurs difficultés. Pour Debray (1992), les personnalités dépendantes et évitantes ont des caractéristiques communes à la pathologie dépressive : la faible estime de

soi, la dévaluation de soi vis-à-vis de l'autre, la culpabilité et l'immaturation psychique et relationnelle.

4.1.2 « Troubles de la personnalité dépressive »

Phillips *et al* (1990) estiment qu'il faut introduire la personnalité dépressive dans le DSM IV. Elle ne fait pas officiellement partie du DSM IV (1994) mais apparaît à l'Annexe B du manuel. Ceci indique qu'elle fut envisagée (Pham Scottez & Guelfi, 1999).

Les critères diagnostiques de la personnalité dépressive du DSM IV dans l'Annexe B sont mentionnés ci-dessous :

A. Mode envahissant de cognitions et de comportements dépressifs apparaissant au début de l'âge adulte et présent dans divers contextes, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

- l'humeur habituelle est avant tout abattue, morose, sombre, triste ou sans joie;
- l'image de soi repose sur la croyance de ne pas être à la hauteur, sur des idées de dévalorisation et sur une faible estime de soi-même;
- est critique envers soi-même, se fait des reproches et se déprécie;
- propension à ruminer et à se faire du souci;
- vision négative, critique et réprobatrice d'autrui;
- pessimisme;
- tendance à éprouver de la culpabilité et des remords;

B. Ne survient pas exclusivement pendant des épisodes dépressifs majeurs et n'est pas mieux expliqué par un trouble dysthymique.

Pour Pham Scottez et Guelfi, (1999), dans la personnalité dépressive du DSM IV (1994), l'accent est mis sur les phénomènes cognitifs, relationnels et intrapsychiques et non sur une symptomatologie. D'un point de vue descriptif, la personnalité dépressive ressemblerait au tempérament dépressif décrit par Kraepelin (1921). Pour Clark *et al* (1994), la personnalité dépressive est marquée par le pessimisme, la faible estime de soi, une

cognition négative et une somatisation. Somme toute, la personnalité dépressive se distingue par sa symptomatologie surtout cognitive par opposition à la symptomatologie affective et neurovégétative des troubles dysthymiques et de la dépression majeure (Hirschfeld, 1994).

Phillips *et al* (1990), dans une revue de travaux psychanalytiques, confortent la notion de personnalité dépressive. D'un point de vue métapsychologique, les auteurs mettent en exergue l'importance des fixations orales renvoyant à la dépendance et à la passivité mais aussi des fixations anales à l'origine de traits réactionnels obsessionnels. Hirschfeld (1994) et Phillips *et al* (1998) montrent que la personnalité dépressive a une entité nosologique qui ne se confond pas avec les troubles de l'humeur notamment avec l'épisode dépressif majeur et la dysthymie. Une partie suffisante de l'échantillon diagnostiquée personnalité dépressive n'est pas associée à un trouble dépressif de l'axe I (environ 40% dans l'étude de Phillips *et al.*, 1998).

Par ailleurs, Phillips *et al* (1998) montrent que les sujets qui ont un trouble dépressif de l'axe I (épisode dépressif majeur et dysthymie) associé à un diagnostic de personnalité dépressive, ont plus fréquemment que les sujets qui n'ont qu'un trouble dépressif de l'axe I, un autre trouble de la personnalité associé. C'est une autre preuve de l'importance qu'il y a à constituer un groupe ayant pour caractéristique une personnalité dépressive. Ce groupe n'a pas uniquement pour particularité l'existence d'un épisode dépressif mais tout un fonctionnement de la personnalité spécifique (faible estime de soi, cognitions négatives, fixations orales et anales) propice et prédisposant à la survenue d'épisodes dépressifs.

4.2 Dépression et « structure (ou pôle d'organisation) de personnalité »

Dans la seconde partie du *Livre Blanc de la Dépression* dirigé par Raffaitin (1996), il est question du point de vue des cliniciens sur leur pratique clinique. Une partie notable d'entre eux s'intéresse à la personnalité des patients déprimés à partir d'un diagnostic de structure au sens de l'approche psychanalytique structurale de Bergeret (1972). Si le diagnostic de structure est considéré par certains cliniciens comme imprécis, c'est qu'ils omettent que ce diagnostic (Raffaitin, 1996) fait référence non seulement à la classification (névrose, psychose, état-limite) comme le fait le DSM IV-TR (2000) mais aussi à la relation thérapeutique établie avec le patient (transfert, contre-transfert). Il est question de l'analyse

des angoisses (Raffaitin, 1996) : angoisse de morcellement (psychose), angoisse de castration (névrose) et angoisse d'abandon (état-limite).

Pour Bergeret (1972, 2004, 151), la structure psychique s'organise « *en fonction de l'hérédité pour certains facteurs, mais surtout du mode de relations aux parents dès les tous premiers moments de la vie, des frustrations, des traumatismes et des conflits rencontrés, en fonction aussi des défenses organisées par le moi (...) le psychisme individuel se « cristallise » tout comme un corps chimique complexe, tout comme un cristal minéral, avec des lignes de clivage originales et ne pouvant plus varier par la suite* ». Le modèle structural de Bergeret (1972) s'intéresse à trois facteurs essentiels du psychisme pour dégager la structure de personnalité : les mécanismes de défense, la nature de l'angoisse et les modalités de la relation d'objet. Dans sa conception structurale, Bergeret (1972) mentionne trois entités : deux structures (névrose et psychose) et une catégorie « astructurée » (états limites) :

- La structure névrotique : mode d'organisation oedipienne (reconnaissance des différences des sexes et des générations). La relation d'objet est génitale. La nature de l'angoisse est la castration. Le mécanisme de défense principal est le refoulement : « *Ce qui est refoulé est conservé de façon inconsciente et ressurgit dans les rêves et à travers la symptomatologie* » (Ferrant, 2007, 252). Les pathologies de cette structure sont les névroses hystériques et obsessionnelles.
- La structure psychotique : échec de l'organisation oedipienne (non reconnaissance de la différence des sexes et des générations). La relation d'objet est fusionnelle. La nature de l'angoisse est le morcellement. Les mécanismes de défense sont le clivage, le déni et la projection : « *A la différence des structures névrotiques, ce qui échappe au sujet est expulsé au dehors (...) et cette partie qui a été expulsée fait retour dans le délire et les hallucinations* » (Ferrant, 2007, 252). Les pathologies de cette structure sont : la schizophrénie, la paranoïa, la psychose maniaco-dépressive et l'autisme.
- L'« astructuration » limite (états-limites) : Triade narcissique (et non « triangulation œdipienne » comme dans la névrose) où se distinguent sans référence à l'identité sexuelle les grands, les petits, les forts et les faibles. Les différences des sexes et des générations ne sont pas pleinement réalisées. La

relation d'objet est anaclitique. La nature de l'angoisse est la perte d'objet. Les mécanismes de défense sont la forclusion, le dédoublement des imagos. Ferrant et Ciccone (2007) mentionnent plutôt le déni, le clivage et l'étayage. La pathologie de cette « astructuration » est préférentiellement la dépression.

Actuellement, le modèle structural de Bergeret est infléchi par ses continuateurs (Ferrant, 2007). Ils préfèrent parler de fonctionnement psychique (Chabert *et al.*, 1999) ou de pôle d'organisation du psychisme (Ferrant, 2007) pour rendre compte du caractère mouvant et instable. S'il y a une organisation psychique préférentielle, les aléas de l'existence peuvent conduire à activer des modes d'organisation psychique autres que le mode d'organisation principale (Ferrant, 2007).

Bergeret (1972, 2004) considère que la dépression se retrouve dans les trois entités pathologiques mais qu'elle est la décompensation typique des états-limites, c'est-à-dire que le type d'organisation-limite de la personnalité, par son angoisse de séparation et sa relation d'objet anaclitique, favorise la survenue dépressive. Maintenant, il s'agit de présenter et de discuter les différentes dépressions suivant la structure de personnalité de Bergeret (1972), en l'étayant sur l'apport de travaux plus contemporains.

4.2.1 La dépression névrotique

La notion de dépression névrotique utilisée par la « classification psychiatrique » (Bougerol, 1995; Escande & Thérat, 2000) est pour Bergeret (1972, 2004) soumise à caution puisqu'il s'agit pour la plupart de dépressions-limites qui n'ont rien de commun avec la structure névrotique. Cependant, Bergeret est également en accord avec des auteurs (Bougerol, 1995; Escande & Thérat, 2000) de tradition psychiatrique. En effet, ces auteurs (Bougerol, 1995; Escande & Thérat, 2000) critiquent la notion de « dépression névrotique » parce qu'elle renvoie davantage à une opposition avec la dépression mélancolique plutôt qu'à une entité autonome, définie par une personnalité névrotique et validée par les études. En ce sens, ils sont favorables à la notion de dysthymie qui a succédé à la notion de dépression névrotique dans le DSM III puisque cette classification s'en tient uniquement au facteur thymique (Bougerol, 1995; Escande & Thérat, 2000). Néanmoins, Pédinielli et Bernoussi

(2004), tout en critiquant cette notion, considèrent que la dépression doit faire référence à la personnalité et non seulement au facteur thymique.

Cependant, la dépression névrotique a toute sa légitimité si on considère qu'elle a une particularité liée à sa nature névrotique et non à son opposition à la dépression mélancolique. Pour Bergeret (1972, 2004), cette nature névrotique se manifeste dans le traitement de la douleur dépressive. La personne névrotique a la capacité d'élaborer psychiquement cette douleur dépressive. Tout type de situations (séparations, abandons, échecs) va pouvoir s'orienter vers un travail de deuil (Bergeret, 1972, 2004). Cette élaboration signe la réalisation des conflits œdipiens. En effet, il y a une possibilité de remaniements psychiques et de « travail de symbolisation et de déplacement » (Ferrant, 2007) où un affect destructeur se transforme en un affect constructeur (Bergeret, 1972, 2004).

Dans la configuration hystérique, l'invasion émotionnelle est à la fois le signe de l'hystérie et de la dépression (Bergeret, 1972, 2004). Mais la dépression dans la sphère hystérique est aussi plus fréquemment l'état alternant avec la conversion à minima de l'hystérie (Bergeret, 1972, 2004). Quant à la dépression dans la névrose obsessionnelle, deux voies sont possibles : soit elle renforce la maîtrise et l'inhibition affective ou au contraire, elle laisse émerger l'affect dépressif. Dans ce dernier cas, la dépression permet de récupérer la perception des affects (Bergeret, 1972, 2004).

La dépression névrotique, malgré son inscription dans la configuration hystérique ou obsessionnelle de la névrose marquée par la sévérité du surmoi, montre l'importance de la « béance narcissique » et de la précarité des indentifications dans la constitution du sujet. (Bergeret, 1972, 2004). Mais si la dépression a une existence dans la structure névrotique, elle n'est qu'un symptôme associé, lié aux aléas de la névrose et de ses manifestations hystériques et obsessionnelles. Contrairement au DSM IV, où peut être associé à un état pathologique (ici dépression) une multitude de troubles de la personnalité différents - puisque l'évaluation des deux axes (troubles de l'axe I et troubles de la personnalité de l'axe II) du DSM sont indépendants - on ne peut disjoindre dans la perspective structurale de Bergeret (1972, 2000) un état pathologique de sa structure de personnalité propre d'autant que l'état pathologique a valeur de symptôme et de sens pour la structure de personnalité.

Les continuateurs de Bergeret vont approfondir la notion de dépression névrotique (Ferrant, 2007) en retenant davantage le terme de « dépressivité » dans la névrose puisque la

« dépression authentique » appartient - c'était déjà l'avis de Bergeret - aux états-limites (ou pôle d'organisation narcissique-identitaire du psychisme selon Ferrant, 2007). La « dépressivité » (Bergeret, 1976, Fédida, 2001) est considérée comme inhérente à la vie psychique. Elle est l'illustration des potentialités régulatrices et rythmiques des aléas de la vie psychique (Ferrant, 2007). Ce n'est donc pas un symptôme comme dans la dépression-limite (Bergeret, 1972). Par la « dépressivité », le sujet a la « capacité de se déprimer » (référence à la position dépressive de Mélanie Klein), cette possibilité l'entraîne à se laisser envahir temporairement par le sentiment de vide et de tristesse sans pour autant « tomber dans la dépression ». Cette dernière, contrairement à la « dépressivité », constitue une entité clinique enfermant le sujet dans une impasse (Ferrant, 2007). A l'instar de Bergeret (1972, 2004), Ferrant (2007) montre que dans la « dépressivité », le travail psychique, le processus de deuil ou de séparation est envisageable. La perte d'un objet actuel ou ancien conduit à la nécessaire transformation des investissements engagés (Ferrant, 2007).

Fédida (2001), dans un travail analytique original, développe cette notion de « dépressivité ». Il part d'abord de l'idée selon laquelle le psychisme est une « forme fixe de conservation de la vie et cependant suffisamment plastique pour disposer d'une capacité de régression » (Fédida, 2001, 36). Dans cette « période glaciaire » - métaphore de la déshumanisation provoquée par l'état dépressif où les émotions, les désirs et les sentiments disparaissent tel un arrêt de la vie - la névrose tente par des moyens redoublés de maintenir l'humain en vie. Fédida (2001) considère la dépressivité comme un moyen de défense utilisé par le psychisme pour se protéger de la violence de la vie (« sommeil d'hibernation »). Alors, Fédida (2001) apparente la dépressivité à une « névrose glaciaire ». Et même si l'état dépressif intervient dans des moments de crise et de douleur psychique, la dépressivité est une forme de régulation des changements par la réappropriation par le sujet du psychisme. Et cette réappropriation du psychisme et de la vie se fait par l'intermédiaire du transfert et de la relation thérapeutique. Dans la « dépressivité », le symptôme névrotique peut être interrogé (hystérique ou obsessionnel) dans un processus créatif et permettre le remaniement. Cette dépressivité est rendue délicate dans d'autres fonctionnements psychiques tels que les pathologies limites puisque la possibilité de mobiliser le transfert et de s'approprier ses états intimes reste mince (Fédida, 2001).

4.2.2 La dépression limite

Pour Bergeret (1972, 2004) et Ferrant (2007), la dépression est le mode d'expression de la souffrance psychique des états-limites. En ce sens, elle ne s'apparente ni à la dépressivité (retrouvée dans la névrose) ni à la mélancolie (retrouvée dans la psychose). Ce mode dépressif, comme expression préférentielle de la souffrance psychique des états-limites, est confirmé par l'étude récente de Zanarini *et al* (2001) qui constatent que 70% des personnalités limites sont confrontées à la dépression, mais aussi par une étude plus ancienne de Déniker et Olié (1990).

Dans son ouvrage *La dépression et les états-limites* (1975), Bergeret entreprend une analyse psychopathologique de la spécificité de la dépression-limite. Il décrit le mécanisme dépressif-limite comme ceci : « *Le mécanisme dépressif est avant tout une régression narcissique; le sujet en proie au danger dépressif se sent asthénique et impuissant, épuisé, menacé dans son intégrité physique et psychique. Il acquiert peu à peu l'impression que les autres se dérobent et que seul il ne peut supporter le poids de l'existence* » (Bergeret, 1975, 138). De plus, pour Bergeret (1975), le moi du dépressif limite est un moi « lacunaire », « vacuaire » qui entretient des relations d'objet de type anaclitique : « *Un tel moi peut être décrit sous la classification d'anaclitique, tant il a besoin du concours de l'autre pour se sentir narcissiquement complété, pour tenter de réparer la profonde blessure narcissique primaire* » (Bergeret, 1975, 90). Mais, à la différence du mélancolique qui s'adresse des reproches à lui-même, le dépressif-limite accuse les autres : « *C'est avant tout aux autres que le dépressif, quant à lui, adresse ses reproches, son ardent besoin d'être écouté, estimé, plaint ou réconforté, se met dans une situation de dépendance étroite à l'égard des autres* » (Bergeret, 1975, 138).

Ferrant (2007) apporte des éclairages nouveaux à cette dépression-limite. Contrairement à la dépressivité qui est la perte d'un objet actuel ou ancien, la dépression est une perte diffuse renvoyant à la perte d'un objet fondamental. L'objet fondamental du déprimé-limite est un objet soi/autre (alors que l'objet du déprimé névrotique est distingué clairement du sujet) dont la présence est une nécessité qui dépasse très largement ce qui est attendu dans un tel investissement (Ferrant, 2007). L'objet est un « appui » choisi en fonction de ses capacités de contenance, d'apaisement et de haine qu'il est susceptible de mobiliser chez le sujet (Ferrant, 2007). Pour Ferrant (2007), il existe deux processus dans la dépression-

limite : la non fiabilité de la représentation de l'objet qui implique une fragilité conduisant le sujet à rechercher un objet compensateur sur lequel il puisse s'appuyer; et la disparition de « l'objet bouchon » qui réactive l'expérience de détresse initiale.

D'autres auteurs dans la littérature insistent également sur la spécificité de la dépression limite en faisant un distinguo entre la dépression limite et la dépression dite névrotique. Pour Jouvent et Widlöcher (1994), dans la dépression névrotique, la perte d'objet entraîne un deuil alors que dans la *dépression limite/narcissique*, la perte d'objet entraîne une misère narcissique (Jouvent & Widlöcher, 1994). Dans le cas de la dépression limite, ce n'est pas le deuil qui cause la dépression mais la misère narcissique (Jouvent & Widlöcher, 1994). De plus, des études constatent que les dépressions limites-narcissiques sont marquées par davantage d'impressions de vide et une moindre anxiété et culpabilité que les dépressions névrotiques (Battegay, 1992; Goudeman, 1994). La crainte de l'abandon, l'auto-destruction et le sentiment de vide sont davantage retrouvés chez les patients déprimés limites (Roger *et al.*, 1995).

4.2.3 La dépression mélancolique

La dépression mélancolique s'inscrit dans la psychose et révèle une organisation préobjectale de type oral (Bergeret, 1972, 2004). Si la dépression signe l'insuffisance de l'objet interne (Ferrant, 2007), la mélancolie renvoie au clivage du moi où règne la confusion entre le moi et l'objet qui se retrouve être une partie du moi introjecté.

Dans le travail du deuil - processus opérant sans heurts dans la dépressivité (Ferrant, 2007; Fedida, 2001) ou la dépression névrotique (Jouvent & Widlöcher, 1994) - le sujet sait ce qu'il a perdu contrairement au sujet mélancolique (Freud, 1915). Dans le deuil, le sujet s'identifie à des aspects de l'objet perdu pour l'assimiler au moi dans un processus de transformation personnelle (Ferrant, 2007). Parallèlement il peut investir d'autres objets (Ferrant, 2007).

Dans la dépression - correspondant à la dépression des états-limites - le déplacement et le détachement procèdent encore même si c'est partiellement. En effet, du fait de la fragilité

des représentations d'objet et de l'appui exercé par l'objet « compensateur », l'objet est sans cesse recherché (Ferrant, 2007).

Quant à la mélancolie, les mécanismes de déplacement et de détachement retrouvés dans le travail du deuil ne peuvent opérer puisque le sujet ne sait pas ce qu'il a perdu. Ce n'est ni la perte d'un objet d'amour (renvoyant à la dépression névrotique), ni la perte diffuse d'un objet fondamental (renvoyant à la dépression limite). En fait, le sujet perd quelque chose quant à son moi, puisque le moi est identifié à l'objet perdu : « *l'ombre de l'objet est tombé sur le moi* » (Freud, 1915). Et la haine éprouvée vis-à-vis de l'objet perdu se transforme en une haine dirigée contre le moi. C'est pour cela que le sujet se juge indigne, prêt à exercer un châtement de taille contre lui-même.

L'observation des mélancoliques nous montre la cruauté que le sujet mélancolique s'inflige : les actes suicidaires sont extrêmes (pendaison etc...), la violence et les accusations du mélancolique sont adressées à lui-même et non à l'objet comme cela peut l'être chez le sujet déprimé (Bergeret, 1975). Dans ce dernier cas de figure, le sujet déprimé est encore en mesure de reprocher à l'objet de le laisser dans une détresse et une misère narcissique incommensurable (Bergeret, 1975). Par ce délire mélancolique lié au clivage du moi, Ferrant (2007) estime que le mélancolique n'a jamais pu intégrer le processus de différenciation/séparation. Le mélancolique est alors dans l'impossibilité d'élaborer l'objet de façon dynamique (Ferrant, 2007).

5. THEORIES ET THERAPIES DE LA DEPRESSION

5.1 Théories et thérapeutiques psychobiologiques

Le modèle psychobiologique a pour objectif de mettre en exergue des anomalies psychobiologiques responsables des troubles mentaux afin de traiter ces anomalies biologiquement. Il s'agit de déterminer le rôle de « vulnérabilités constitutionnelles » de la symptomatologie psychiatrique afin d'y remédier par l'intermédiaire de traitements chimiothérapeutiques. Les différentes anomalies biologiques rencontrées dans la dépression sont les suivantes :

- *Monoamines cérébrales* : Il est observé dans la dépression un déficit en noradrénaline, sérotonine ou dopamine dans le système nerveux central (Olié *et al.*, 1990). Mais si ces trois systèmes monoaminergiques semblent liés à la dépression, aucun d'eux n'expliquent exclusivement les modifications de l'humeur et le mécanisme d'action des anti-dépresseurs (Poirier, 2003).

- *Les activités enzymatiques* (de synthèse ou de dégradation des monoamines) : Si elles sont évoquées, les résultats observés sont le plus souvent contradictoires (Poirier, 2003).

- *La structure et la physiologie membranaire* : Cette hypothèse avérée dans la dépression est à l'origine d'une littérature explorant les récepteurs et les sites de liaison de diverses substances (Poirier, 2003).

- *Les systèmes neuro-endocriniens* : Le système limbique défaillant impliqué dans la dépression entraîne des modifications sur l'axe-hypothalamus-hypophysaire (Poirier, 2003). Il est observé depuis les années 60, plusieurs anomalies neurohormonales (Poirier, 2003).

- *Les structures et l'activité fonctionnelle cérébrales* : Les structures cérébrales concernées dans la dépression sont localisées dans le circuit thalamo-cortico-limbique notamment l'amygdale, noyau caudé, putamen et cortex frontal (Poirier, 2003). Concernant l'activité fonctionnelle, des études montrent un lien entre activités fonctionnelles, troubles cognitifs et symptomatologie dépressive (Baker *et al.*, 1997).

- *Les facteurs génétiques* : Millet (2007) considère que la vulnérabilité génétique de la dépression est plus importante lorsque celle-ci est bipolaire, récurrente et précoce (âge inférieur à 30 ans). Millet évoque dans les études d'association (comparaison génétique entre sujets atteints et sujets non atteints), le polymorphisme du gène du transporteur de la sérotonine 5HTTLPR (mais fonctionnalité encore inconnue) et du gène BDNF (diminué par le stress, augmenté par la prise d'antidépresseurs et apparaît dans les variations du volume hippocampique et de la mémoire épisodique). En ce qui concerne la distinction entre dépression unipolaire et dépression bipolaire, on observe que la maladie maniaco-dépressive est liée aux marqueurs génétiques Bgl II et HUMTO1 (études d'association) et au marqueur génétique G6PD (études de liaison) même si les résultats sont mitigés, confus et hétérogènes

(Bellivier & Canceil, 2003). De plus, les situations complexes montrent davantage l'interrelation de facteurs génétiques et de facteurs liés à l'environnement que l'existence exclusive de facteurs génétiques (Bellivier & Canceil, 2003; Millet, 2007). En effet, les événements de vie sont plus nombreux et plus stressants (sont retrouvés aussi des épisodes de maltraitance, d'abus sexuels et de violence familiale) chez les personnes porteuses de l'allèle « s/s » du gène 5HTTLPR (comparaison avec l'allèle « s/l ») qui sont plus fréquemment des sujets homozygotes (Pezawas *et al.*, 2005). Les auteurs montrent que l'existence du génotype s/s est insuffisante pour parler de vulnérabilité dépressive. Il existe une vulnérabilité dépressive lorsque les sujets s/s ont un environnement précoce défavorable : le risque de survenue dépressive serait corrélé aux événements de vie chez les sujets homozygotes s/s. Le génotype s/s est plutôt considéré comme un facteur de risque de la réactivité émotionnelle (Pezawas *et al.*, 2005).

Quant aux traitements anti-dépresseurs (sont distingués les anti-dépresseurs de 3^{ème} génération spécifiques liés à la recapture de la sérotonine et les anti-dépresseurs non spécifiques), ils ont montré maintes fois leur efficacité en faisant disparaître l'humeur dépressive ou en inversant l'humeur dépressive en euphorie excessive : plus de 70% des patients y répondent favorablement lors d'un épisode dépressif majeur au bout d'un mois (Dewan *et al.*, 1992). Mais lors d'une affection mélancolique (dépression avec caractéristiques psychotiques) l'efficacité de l'anti-dépresseur est nettement moindre (20-30% selon l'étude de Spiker *et al.*, 1985). Mais les anti-dépresseurs se distinguent quant à leurs modes d'action : action sur l'humeur, sur la stimulation psychomotrice (anti-dépresseurs psychostimulants), sur l'anxiété et sur le sommeil (Lêo *et al.*, 2003).

5.2 Théories et thérapies psychanalytiques

5.2.1 Théories psychanalytiques

A l'instar de Catherine Chabert (2005), nous pensons que le fil conducteur qui unit la dépression et la théorisation freudienne est celui de la perte. Pour Chabert (2005) cette problématique de la perte repose sur deux points : l'affrontement à la perte et le traitement de celle-ci.

C'est Abraham (1911) le premier qui parle de dépression dans la littérature psychanalytique en liant la dépression à une paralysie du sujet de ne pouvoir être aimé. Cette paralysie engendre une frustration et des dispositions haineuses ambivalentes. Et, ne pouvant obtenir satisfaction, il retourne sur son « moi » les dispositions haineuses dirigées initialement sur les objets frustrants, dévalorisants et dévalorisés. Plus tardivement, il associe la dépression à un stade prégénital : le stade anal renvoyant à la perte objectale (1924). Mais, contrairement à la dépression rencontrée dans la névrose obsessionnelle, il est rencontré plus spécifiquement dans la mélancolie, l'introjection, qui renvoie à la fixation orale. Cette fixation orale est suivie par ce qu'Abraham (1924) appelle un trouble originaire lié à une blessure grave du narcissisme. Celui-ci fait suite à une déception amoureuse vis-à-vis de la mère qui conduit l'enfant à éprouver un sentiment total d'abandon accompagné de tendances dépressives précoces. Le déclenchement des accès mélancoliques est considéré pour Abraham (1924) comme une répétition de la déception maternelle primaire.

Mais, c'est dans *Deuil et Mélancolie* (1915) - ouvrage de psychanalyse de référence sur la clinique dépressive - à partir du mécanisme psychique du deuil que Freud décèle la spécificité de la mélancolie (« le rapprochement de la mélancolie et du deuil paraît justifié par ces deux états » Freud, 1968, 146). Au travers cet ouvrage, un changement opère également en ce qui concerne la nature de la perte. En effet, la mélancolie - ou la dépression par extension - n'est plus uniquement liée à la perte de la libido mais à la perte de l'objet d'amour (Briole *et al.*, 1995). Pour Freud (1915), le lien entre deuil et mélancolie se justifie par la similarité de leurs tableaux cliniques (réaction à la perte, perte de l'intérêt, même état d'âme douloureux, inhibition et limitation du moi) excepté sur un point : l'estime de soi. Si les deux tableaux sont similaires, le travail du deuil conduit selon les termes de Chabert (2005) à « deux destins pulsionnels différents ». Dans le deuil, malgré l'abandon difficile d'une position libidinale, le principe de réalité l'emporte et permet le « travail de deuil » (Freud, 1915). Il s'agit alors d'un désinvestissement de l'objet perdu pour que le moi puisse investir d'autres objets. En revanche, dans la mélancolie, le deuil paraît énigmatique puisque le sujet ne sait pas ce qu'il a perdu (Freud, 1915). Si dans la mélancolie, la perte est consciente, l'objet de la perte ne l'est pas contrairement au deuil (Widlöcher, 1983). L'observation du mélancolique permet de remarquer que les auto-reproches qu'il s'inflige (sadisme allant jusqu'au suicide violent) ne sont pas adéquats en ce qui le concerne, mais adéquats en ce qui concerne l'objet abandonné (Freud, 1915). Pour Freud (1915), l'investissement de l'objet est si peu solide que la libido est retirée vers le moi. Le sujet identifie alors son moi avec l'objet

abandonné. Il s'agit dans la mélancolie d'une perte du moi - et non d'une perte d'objet comme dans le deuil - puisque le « moi » est clivé entre le moi critique et le moi identifié à l'objet.

Après Freud et Abraham, des auteurs de l'école anglaise de psychanalyse d'après guerre (Klein, Spitz, Winnicott) et plus tardivement dans les années 70 des auteurs comme Bergeret en France et Kernberg aux Etats-Unis, vont apporter des éléments nouveaux aux élaborations psychanalytiques classiques.

Mélanie Klein va nous parler de « position dépressive ». Le dépassement de cette position permet d'acquérir l'ambivalence de l'objet en réunissant en un seul, le bon et le mauvais objet (relation à un objet total). Pour Chabert (2005), la position dépressive autorise une expression pulsionnelle modulant l'amour et la haine et rend possible une liaison effective entre les tendances libidinales et agressives. Pour Mélanie Klein (1974), le deuil normal, pathologique et les états maniaco-dépressifs réactivent la position dépressive infantile. Mais, contrairement au deuil normal où la position dépressive est surmontée, le deuil pathologique et la mélancolie ont en commun de n'avoir pas pu atteindre la position dépressive et de bons objets internes.

Les autres travaux psychanalytiques de l'école anglaise tiennent compte de l'influence de l'environnement et des relations maternelles précoces pour rendre compte de la dépression. Spitz (1968), à partir de l'observation de nourrissons (approche psychanalytique nouvelle), distingue deux types de carences : la carence affective totale connue sous le nom d'hospitalisme et la carence affective partielle nommée dépression anaclitique. Pour Spitz (1968), l'hospitalisme du nourrisson est le résultat d'une privation pendant plus de cinq mois de toute relation objectale. Quant à la dépression anaclitique, elle consiste en une relation de privation affective avec la mère ayant des répercussions sur les comportements des nourrissons : manque progressif de contact, apathie, retard du développement, lenteur des mouvements, abattement, stupeur, ralentissement de la réaction aux stimuli. Avec la dépression anaclitique, Spitz met en exergue les carences émotionnelles de l'enfant suite à la perte de l'objet d'amour.

De son côté, Winnicott (1969), insiste sur l'importance pour l'enfant de faire l'expérience d'une « mère suffisamment bonne », correspondant à un objet maternel gratifiant et survivant aux assauts agressifs de l'enfant. Ceci est une condition préalable à la réalisation

de la position dépressive (au sens de Mélanie Klein). Cette position dépressive permet l'avènement pour Winnicott (1969) du sentiment de culpabilité et de réparation. On doit alors rattacher les états dépressifs à un phénomène morbide et antérieur à la position dépressive (Winnicott, 1969). Au même titre que Spitz (1968), Winnicott (1969) montre le poids fondamental de l'environnement pour le développement du psychisme. En effet, Winnicott (1969) apporte une raison exogène et non constitutionnelle à la réalisation ou à l'échec de la position dépressive - et par conséquent aux états dépressifs qui manifestent cet échec de la position dépressive : les failles de l'environnement maternel.

Enfin, il est question depuis les années 70 dans les travaux analytiques, de se poser la question de la pathologie narcissique des personnes déprimées. En cela, la position structurale de Bergeret (1975) est révélatrice de ce lien entre dépression et narcissisme. Il associe la dépression à une organisation psychique particulière liée à une problématique narcissique nommée états-limites, située entre la structure névrotique et psychotique. Après le dépassement du stade de morcellement propre aux structures psychotiques, Bergeret (1975) évoque l'existence d'un traumatisme affectif qui ne permet pas au moi d'atteindre ultérieurement la position œdipienne. Mais, suite à la période de pseudo-latence (œdipe, période de latence et remaniements libidinaux de l'adolescence), c'est l'avènement du deuxième traumatisme lié à une menace de perte et d'abandon qui réveille et réactive le premier traumatisme et conduit à l'apparition de la pathologie limite et de son mode de décompensation : la dépression. Bergeret rattache la dépression des états-limites à l'héritage du narcissisme primaire en la différenciant de la névrose qui est l'héritage du complexe d'œdipe.

Kernberg (1997) développe de son côté les pathologies narcissiques et la notion de narcissisme normal et pathologique. Pour lui, le développement du narcissisme normal se fait dans la construction mutuelle de l'investissement de soi et de l'autre, porteurs réciproques de la gratification narcissique et de l'estime de soi qui fait défaut chez les déprimés (la dualité d'investissement soi/ autre est reprise chez les psychanalystes contemporains - tels que Blatt en 1998 - et a une influence sur les théories contemporaines autres que psychanalytiques). Il considère différentes formes dépressives selon la gravité et l'atteinte pathologique des relations narcissiques et objectales. La blessure narcissique et les frustrations précoces du déprimé se manifestent différemment dans la pathologie névrotique (séparation établie entre le soi et l'autre) où l'identité ne fait pas défaut, aux autres pathologies du narcissisme où

l'identité est mise à mal par le jeu des projections et des identifications conduisant le sujet à des relations en miroir (selon la terminologie de Kohut en 1971) pour combler le vide dépressif.

5.2.2 Thérapies psychanalytiques

Briole et Gueguen (2003) mentionnent différentes thérapies psychanalytiques : la cure psychanalytique type, la psychothérapie analytique brève focale (Malan, 1975) et la psychothérapie d'inspiration analytique. Ces thérapeutiques peuvent être qualifiées d'authentiquement analytiques puisqu'elles mobilisent le transfert : « *Dans tout autre traitement suggestif, le transfert est soigneusement ménagé, laissé intact; le traitement analytique, au contraire, a pour objet le transfert qu'il cherche à démasquer et à composer* » (Freud, 1979, 430-431). Freud explique alors le travail thérapeutique en deux phases : « *dans la première, toute la libido se détache des symptômes pour se fixer et se concentrer sur les transferts; dans la deuxième, la lutte se livre autour de ce nouvel objet dont on finit par libérer la libido. Ce résultat favorable n'est obtenu que si l'on réussit, au cours de ce nouveau conflit à empêcher un nouveau refoulement, grâce auquel la libido se réfugierait dans l'inconscient et échapperait de nouveau au moi. Grâce au travail d'interprétation qui transforme l'inconscient en conscient, le moi s'agrandit au dépend de celui-là* » (Freud, 1979, 432-433). Le transfert permet de réveiller le conflit initial et trouver une autre solution que celle des symptômes, voies de satisfaction substitutive de la libido issue du refoulement et des résistances internes du patient (Freud, 1979). En ce sens, les thérapeutiques psychanalytiques ne peuvent pas soigner exclusivement le syndrome dépressif puisque celui-ci est un symptôme en lien avec un conflit psychique initial entre le moi et la libido; ce qui par ailleurs montre l'infondé d'une critique sur l'efficacité de la psychanalyse à éradiquer le symptôme. C'est l'équilibre psychique du sujet qui doit changer pour que le syndrome n'ait plus lieu d'être. La question réside perpétuellement dans la signification du symptôme et la question du changement. En effet, la nature du conflit (perte, abandon, blessure narcissique etc...), l'organisation psychique (névrose, psychose, états-limite) et la « force du moi » du sujet sont des dimensions psychiques qui permettent le changement ou le maintien du symptôme. En cela, la dépression de nature névrotique, avec la présence d'un conflit oedipien et d'un « moi fort » permet davantage un changement qualitatif de l'équilibre psychique qu'une dépression de nature limite ou mélancolique (d'autant que le transfert dans la névrose est davantage

mobilisable). Ces dimensions vont être importantes également pour le type de thérapies analytiques. La cure type et la psychothérapie brève sont de bonnes indications pour la dépression névrotique. En revanche, elles sont déconseillées pour les dépressions issues d'autres organisations psychiques où il est préférable de recourir à une thérapie d'inspiration analytique. En effet, la cure analytique est perçue pour un état limite comme un nouvel abandon du fait de l'asymétrie analyste / patient et du peu de chaleur de l'analyste positionné dans une attention flottante (rapport avec la mère abandonnante).

Finalement, la dépression n'est pas une maladie mais un rapport que le sujet entretient avec la vérité de son être ou de sa psyché (Briole & Guegen, 1995). Le syndrome dit quelque chose à propos de la subjectivité du patient au travers son histoire : on ne peut séparer le symptôme de l'histoire et de la subjectivité du malade. Pour Briol et Guegen (1995) les thérapies psychanalytiques inscrivent le patient, au travers les différentes identifications du moi, à s'identifier à sa position de sujet responsable de sa vie psychique. En ce sens, Lacan ajoute à la dimension thérapeutique, la dimension éthique qui s'intéresse non à la maladie mais au sujet, qui à travers sa maladie, se révèle lui-même. Dassonville (2007) montre dans la dépression la pertinence de la thérapie d'inspiration psychanalytique, mais surtout si celle-ci est à distance de la phase dépressive aiguë contrairement aux thérapies cognitives, interpersonnelles et de soutien. Ceci montre que les enjeux thérapeutiques diffèrent des autres thérapies centrées sur les symptômes. En effet, les thérapeutiques psychanalytiques ne soignent pas la dépression mais les problématiques dépressives sous-jacentes (perte, abandon, blessure narcissique) qui sont en partie à la source de la survenue de l'épisode.

5.3 Théories et thérapies cognitives de Beck

5.3.1 Théories cognitives

Nous présentons le modèle cognitif le plus mentionné au sujet de la pathologie dépressive : il s'agit du modèle de Beck (1963, 1967, 1976).

La théorie de Beck se base sur la notion de « schéma cognitif ». Nous devons à Barlett (1932), la première définition du schéma cognitif. Pour lui, le schéma cognitif est une organisation active de l'expérience ou des réactions passées. Un schéma cognitif représente

des structures cognitives générales stables constituant l'ensemble des connaissances d'une personne (Messina *et al.*, 1995). Ces structures générales ont un impact sur les différentes fonctions et processus cognitifs : mémoire (encodage, stockage, rappel), perception, attention, interprétation (Barnett & Gotlib, 1988).

Pour Beck (1963, 1967, 1976), les sujets déprimés présentent des schémas cognitifs inconscients, situés dans la mémoire à long terme qui filtrent l'information en ne retenant que les aspects négatifs de l'expérience vécue. Ces sujets déprimés ont construit des schémas dysfonctionnels issus de l'enfance, afin de s'adapter à des expériences précoces traumatisantes d'échec ou de perte. Ces schémas dysfonctionnels négatifs dans la dépression reflètent la triade cognitive de Beck relatifs à soi, au monde et au futur. Ces schémas sont latents et silencieux et activable que lors des moments où le sujet est confronté à l'expérience de situations négatives. Les événements cognitifs, correspondant aux pensées conscientes automatiques du sujet, traduisent cliniquement ses schémas cognitifs inconscients par l'intermédiaire de processus cognitifs tels que les distorsions ou les erreurs logiques. Du fait des pensées automatiques négatives, les événements du déprimé sont teintés d'une perception et d'une interprétation qui déforment la réalité.

A partir de ses observations cliniques, Beck identifie dans la dépression cinq types d'erreurs ou de distorsions cognitive : *l'inférence arbitraire* (elle consiste à tirer des conclusions sans fondement ou sur la base d'informations inadéquates), *l'abstraction sélective* (elle consiste à se focaliser uniquement sur un détail afin que la signification globale de la situation ne soit pas perçue), *la surgénéralisation* (elle consiste à généraliser une situation à toute situation se présentant au sujet. Un échec malheureux à une situation précise va conduire le sujet à penser que tout ce qu'il entreprend est un échec), *la raison dichotomique* (elle consiste à amplifier les événements négatifs et à dévaloriser ou à nier les événements positifs), *la personnalisation* (le sujet endosse la responsabilité de tout événement, même si ceux-ci sont liés à des événements extérieurs et indépendants du sujet).

5.3.2 Thérapies cognitives

La thérapie cognitive de Beck considère que la dépression est une perturbation des troubles de la pensée : « je pense négativement → je suis déprimé » (Légeron *et al.*, 2003). Il

s'agit dans la thérapie cognitive de Beck d'un traitement cognitif de la dépression permettant de démasquer les vulnérabilités cognitives afin de mieux y faire face dans le futur (Mirabel Sarron, 2007). Ce traitement se déroule en cinq phases (Légeron *et al.*, 2003) : modélisation cognitive (situation → cognitions → réactions comportementales et émotionnelles); identification des cognitions et leur rôle dans la dépression (aider le patient à identifier les cognitions dépressives associées aux affects dépressifs et encourager le patient à l'auto-observation); modification des cognitions (élaborer des cognitions réalistes et adaptées au travers une « approche socratique »); mise en évidence des schémas (mise en évidence des croyances personnelles et les identifier en tant que croyances et non en tant qu'évidences); accomplissement des schémas (les schémas sont moins généralisables, « totalitaires », rigides et engendrent une diminution de la souffrance émotionnelle). Cette dernière phase permet aussi au patient de prendre confiance en lui et de pouvoir avoir une action sur la maladie (Légeron *et al.*, 2003). Ces thérapies ont montré maintes fois leur efficacité sur la dépression chez l'adulte et les personnes âgées (Mirabel Sarron, 2002). Les mauvais répondants sont les personnes ayant des dépressions mélancoliques, délirantes (Mirabel Sarron, 2007) ou des personnes ayant un trouble de personnalité associée et un bas niveau d'auto-contrôle (Légeron *et al.*, 2003).

5.4 Dépression et événements de vie

Jusqu'à l'émergence du DSM III (1980), la classification dépressive se fonde sur des critères étiopathogéniques avec l'opposition classique entre dépression endogène et psychogène (Bougerol, 1999; Hardy *et al.*, 2003). Cette opposition montre l'importance de prendre en compte les facteurs environnementaux dans la pathologie dépressive (Hardy *et al.*, 2003). Cette prise en compte des facteurs environnementaux conduit à l'émergence d'un nouveau courant de recherche consacré aux événements de vie dans les années 60. Ce courant de recherche distingue deux types d'événements de vie : les événements de vie précoces (enfance et adolescence) et les événements de vie récents (événements précédant de moins d'une année le début du trouble) (Hardy *et al.*, 2003).

Concernant les événements précoces, nous pouvons dire d'après l'ensemble des études qu'une perte parentale précoce (deuils ou séparations précoces) est un facteur de risque

dépressif (Hardy *et al.*, 2003; Rouillon, 2005). Néanmoins, il faut nuancer l'impact de ce lien. En effet le risque dépressif est plus important lors d'une séparation prolongée que lors d'un décès parental et s'avère plus marqué avec le parent de même sexe. De plus, la perte parentale, bien que significative, concerne peu de sujets déprimés et constitue un événement à risque dans d'autres pathologies psychiatriques (Hardy *et al.*, 2003). Mais, s'ajoute à la perte parentale, les événements psychotraumatiques tels que les sévices et les abus sexuels dans la survenue du risque dépressif. Mais le rôle de ces événements psychotraumatiques est d'autant plus important chez les femmes (Weiss *et al.*, 1999) et dans les formes de dépression endogène (Harkness & Monroe, 2002).

Concernant les événements de vie récents, il observé trois fois plus d'événements de vie récents chez les sujets déprimés que chez les sujets contrôle. Mais le risque dépressif dans les événements de vie récents est six fois plus important chez les sujets exposés à un événement de vie stressant, et ce d'autant plus chez les femmes (Hardy, 1991; Paykel & Cooper, 1991). Au même titre que dans les événements précoces, on retrouve plus spécifiquement dans les événements de vie récents des séparations et des pertes (Rouillon, 2005). Mais en ce qui concerne les formes de dépression, il est retrouvé moins fréquemment des événements de vie récents dans les dépressions mélancoliques ou psychotiques récidivantes (Brown *et al.*, 1994). Néanmoins, contrairement à ce qui est classiquement attendu, on observe plus d'événements de vie récents dans les dépressions récidivantes lorsqu'il s'agit de dépressions endogènes (Frank *et al.*, 1994). Mais l'impact des événements de vie récents n'est pas le même pour chaque sujet déprimé (Hardy *et al.*, 2003). En effet, la personnalité et le soutien social du sujet modulent l'impact des événements de vie récents. Il faut donc avoir une conception intégrative des événements de vie en prenant en compte les facteurs modulant et aggravant son impact (Hardy *et al.*, 2003).

**CHAPITRE 2. MODELE DE L'ATTACHEMENT
ADULTE ET PSYCHOPATHOLOGIE DE LA
DEPRESSION**

CHAPITRE 2. MODELE DE L'ATTACHEMENT ADULTE ET PSYCHOPATHOLOGIE DE LA DEPRESSION

1. INTRODUCTION

Dans ce chapitre, nous aborderons les relations entre le modèle de l'attachement et la pathologie dépressive chez l'adulte.

Tout d'abord et afin de rendre intelligible le modèle de l'attachement, nous évoquerons les fondements de cette théorie (Bowlby, 1978 a, 1978 b, 1984) et ses différentes influences : la psychanalyse anglaise de la première moitié du 20^{ème} siècle, les travaux de Spitz (1945, 1946) et les travaux éthologiques d'Harlow (1958, 1977) et de Lorenz (1935, 1966, 1979).

Ensuite, nous parlerons plus particulièrement de l'attachement adulte (Main *et al.*, 1985; Kobak *et al.*, 1993; Hazan & Shaver, 1987; Bartholomew & Horowitz, 1991; Griffin & Bartholomew, 1994; Brennan, Clark & Shaver, 1998) investigué et observé dans cette recherche. Ces travaux sur l'attachement adulte sont plus récents que ceux sur l'attachement de l'enfant (depuis les travaux de Main *et al.*, en 1985); ils se séparent en deux courants : le courant *développementaliste* qui s'intéresse à l'attachement aux parents et aux traces laissées par les expériences infantiles (Main *et al.*, 1985; Bretherton, 1990; Cassidy & Kobak, 1988; Kobak *et al.*, 1993) et le courant dit *psycho-social* qui s'intéresse aux attachements actuels de l'adulte, c'est-à-dire à l'attachement amoureux (Hazan & Shaver, 1987) et à l'attachement interpersonnel (Bartholomew & Horowitz, 1991).

Dans notre recherche, nous tiendrons compte de la diversité des attachements chez l'adulte. Aussi, nous investiguerons conjointement *l'attachement issu des relations infantiles avec les parents* (Main *et al.*, 1985; Cassidy & Kobak, 1988; Kobak *et al.*, 1993; Pierrehumbert *et al.*, 1996), *l'attachement amoureux* (Hazan & Shaver, 1987; Brennan, Clark & Shaver, 1998) et *l'attachement interpersonnel* (Bartholomew & Horowitz, 1991; Griffin & Bartholomew, 1994). Deux niveaux du modèle d'attachement de l'adulte seront particulièrement observés : *les stratégies d'attachement*, correspondant à des stratégies de

régulation émotionnelle et de traitement de l'information émotionnelle construites dès les premières relations affectives (Pierrehumbert *et al.*, 1996; Pierrehumbert, 2000) et les *styles d'attachement* correspondant aux pensées, attentes, sentiments et comportements qui guident les relations d'attachement actuelles (relations amoureuses et interpersonnelles (Shaver & Mikulincer, 2002 a, 2002 b). Ces deux niveaux permettent d'inférer et d'investiguer par l'observation les *modèles internes opérants* décrits par Bowlby (1984).

Enfin, nous nous interrogerons sur le modèle d'attachement comme modèle de vulnérabilité psychologique à la dépression. En effet, ce modèle permet d'apporter une réflexion sur la psychopathologie dépressive et contribue en partie à fournir un modèle explicatif à cette psychopathologie. Cette vulnérabilité sera étudiée sous l'angle des problématiques suivantes retrouvées dans la dépression et les différents modèles explicatifs existants (théories psychanalytiques et cognitives et rôle des événements de vie) : la problématique de la perte et du vécu psychologique de la perte, la problématique des représentations mentales associées à la dépression (notamment à partir de la notion d'estime de soi, notion fréquemment utilisée dans la dépression) et, la question de la place des émotions et des affects. Les notions suivantes de perte de liens affectifs, de modèles internes opérants de soi et d'autrui, de stratégies et de styles d'attachement empruntés au modèle d'attachement, permettront d'enrichir la psychopathologie dépressive en apportant un nouveau regard et une nouvelle lecture de ces différentes problématiques.

Les liens entre dépression et attachement seront réinterrogés dans la dernière sous-partie de la manière suivante : *les modèles d'attachement doivent-ils être envisagés uniquement comme des modèles de vulnérabilité stables, préexistants à la dépression ou peuvent-ils être également considérés comme une composante ou une conséquence de la dépression?* (Reynaud *et al.*, sous presse; Chahraoui *et al.*, 2006). Cela nous conduira à poser la question de la stabilité du modèle d'attachement ou de sa modification éventuelle lors d'événements majeurs comme la survenue de la pathologie dépressive.

2. L'ATTACHEMENT SELON BOWLBY ET SES DIFFÉRENTES INFLUENCES

2.1 Introduction

Pour élaborer la théorie de l'attachement, Bowlby (1978a ; 1978 b ; 1984) s'inspire de différentes influences théoriques.

La première influence théorique sera celle de la psychanalyse de son temps, notamment celle qui prévaut dans la société britannique de psychanalyse dont il est issu. C'est à partir des controverses portant sur *l'angoisse de séparation* (notion psychanalytique) (1978 b) et sur *la nature des liens affectifs* (1978a ; 1978b ; 1984) que Bowlby prendra ses distances avec certaines hypothèses fortes de la théorie psychanalytique. En effet, les hypothèses explicatives portant sur la libido et la théorie de l'étayage pour rendre compte du fonctionnement psychologique et de la nature des liens affectifs sont rejetées par Bowlby (1978a ; 1978b ; 1984). La deuxième influence est celle de Spitz, le premier psychanalyste à s'intéresser aux conséquences négatives chez l'enfant des effets réels (et non uniquement fantasmatiques) de la privation maternelle à partir de l'observation directe de l'enfant. La dernière influence est celle des éthologues Lorenz (1935 ; 1966 ; 1979) et Harlow (1958 ; 1977), ces travaux éthologiques ont permis de reconsidérer le lien affectif comme étant inné et indépendant du besoin de nourrissage. Cette « révolution » dans la nature des liens affectifs a été primordiale pour l'avènement de la théorie de l'attachement (Bowlby, 1978a ; 1978b ; 1984).

Enfin, nous évoquerons la notion d'attachement chez Bowlby (1978a ; 1978b) et le modèle explicatif de la théorie de l'attachement : le modèle cybernétique. Nous nous intéresserons plus particulièrement aux « *modèles internes opérants* » décrits par Bowlby (1984), modèles permettant d'investiguer l'attachement chez l'adulte.

2.2 L'influence de la psychanalyse

Bowlby (1951) a débuté son expérience clinique en s'intéressant aux perturbations précoces des liens mère-enfant. A partir d'une étude rétrospective portant sur 44 jeunes cleptomane, il met en lumière un facteur essentiel pour distinguer les enfants voleurs des autres enfants du foyer, ce facteur correspond à la séparation prolongée d'avec les parents. En entreprenant des recherches sur les effets des placements des jeunes enfants en institution (cité par Fonagy, 2004), Bowlby (1951) insiste sur les effets réels¹ néfastes de la séparation avec la mère (risque de carences partielles ou totales) et sur le besoin permanent d'avoir un lien d'attachement précoce continu avec la mère.

En sa qualité de psychanalyste, Bowlby (1978 b) s'est d'abord tourné vers les conceptions théoriques de la psychanalyse pour rendre compte de ses observations portant sur les effets chez l'enfant de la séparation et de la privation maternelle. Dans la littérature psychanalytique, les conceptions relatives à la séparation renvoient à la notion plus large *d'angoisse de séparation*. Aussi, Bowlby (1978 b) met à l'épreuve les différentes théories existantes du corpus psychanalytique sur l'angoisse de séparation. Ces différentes explications de l'angoisse de séparation conduiront ultérieurement Bowlby (1978 a, 1978 b, 1984) à mettre plus généralement en question la conception psychanalytique dominante sur la nature des liens affectifs.

2.2.1 Les hypothèses relatives à l'angoisse de séparation

Bowlby (1978 b) recherche dans le corpus psychanalytique une explication de la nature des liens affectifs entre l'enfant et sa mère (donc de la nature de l'attachement) corroborant ses observations et ses intuitions. Pour ce faire, il passe en revue les différentes hypothèses psychanalytiques traitant de *l'angoisse de séparation*. Ces hypothèses font essentiellement partie du corpus psychanalytique freudien et kleinien (Freud, 1905, 1926; Klein, 1935).

¹ J'utilise la notion de « réel » pour rendre compte de l'expérience provenant de la réalité externe et pour la distinguer de l'expérience interne et fantasmatique, lieu d'investigation des psychanalystes.

Bowlby (1978 b) mentionne six hypothèses psychanalytiques correspondant à cinq manières d'aborder l'angoisse de séparation:

→ *La théorie de l'angoisse par transformation de la libido* (Freud, 1905). Cette théorie considère que l'angoisse morbide naît de la transformation d'une excitation sexuelle d'origine somatique qui ne peut être libérée. Dans une situation de séparation, la libido du sujet n'est pas satisfaite. C'est pourquoi, cette dernière se transforme directement en angoisse. Le cas du petit Hans relaté plus tard par Freud (1954) illustre cette conception: en l'absence de sa mère, Hans ne peut pas satisfaire ses tendances libidinales, lesquelles se muent alors en angoisse.

→ *La théorie du traumatisme de la naissance* (Rank, 1924). L'angoisse des jeunes enfants séparés de leur mère réactive le traumatisme de la naissance qui est le prototype de toutes les angoisses de séparation subies par la suite. Pour Rank, l'angoisse est une réaction de décharge consécutive au traumatisme de la naissance et qui se reproduit à chaque nouvelle séparation.

→ *La théorie de l'angoisse dépressive* (Klein, 1935). L'enfant croit que la mère disparaît parce qu'il l'a mangée ou détruite, et qu'en conséquence, il l'a perdue pour toujours. Cette croyance provient des sentiments ambivalents qu'un enfant éprouve vis-à-vis de sa mère. Ces sentiments sont le reflet de sa pulsion de mort. Aussi, l'angoisse de séparation ne doit jamais être rapportée à des facteurs externes tels que la séparation puisque le sujet ne réagit qu'à ses fantasmes et à ses états conflictuels internes. Dans la pulsion de mort qui concourt à l'angoisse dépressive, le sujet se défend de dangers internes de destruction propre à l'organisme.

→ *La théorie de l'angoisse persécutrice* (Klein, 1935). Parce qu'il projette son agressivité, l'enfant voit sa mère comme persécutrice. Cela le conduit à interpréter son départ comme lié au fait qu'elle est fâchée contre lui et qu'elle désire le punir. A chaque départ, il pense qu'elle ne reviendra jamais ou qu'à son retour, elle sera d'une humeur hostile. Au même titre que l'angoisse dépressive, l'angoisse persécutrice est la résultante de la pulsion de mort et non l'effet de facteurs externes.

→ *La théorie de l'angoisse-signal de Freud (1926) considérant la situation de danger comme une perte (notamment la peur de la perte de la mère).* L'angoisse-signal se déclenche suite à la *perte d'un objet réel externe* alors que jusqu'à présent l'angoisse était essentiellement consécutive à l'insatisfaction libidinale. Cette angoisse-signal constitue la première manifestation de l'angoisse : elle est un *signal d'alarme externe* visant à protéger le sujet d'une angoisse plus grande encore, liée à l'accumulation excessive éventuelle de stimulations naissant de besoins physiques insatisfaits. Par l'angoisse-signal, l'absence ou la séparation *réelle* de la mère est une expérience psychique traumatisante en soi : Freud reconnaît pour la première fois l'influence nocive de la perte de l'objet réel. Même si dans un second temps, cette perte de l'objet est associée à un danger psychique interne relatif à l'insatisfaction libidinale.

→ *La théorie de l'angoisse comme réaction primaire liée à la rupture de l'attachement de l'enfant à sa mère :* dans cette conception, la séparation avec l'objet externe (l'objet maternel) est une cause de détresse en soi. Cette séparation constitue en elle-même une situation de peur et d'angoisse. Aussi, si l'enfant sent venir l'imminence d'une nouvelle séparation, il naît également une certaine angoisse. Imre Hermann, psychanalyste de l'école hongroise parle de conduite d'«agrippement à la mère» comme un besoin inné d'être aimé et rassuré. Ce besoin d'être aimé est indépendant de la satisfaction libidinale. Ainsi, la séparation d'avec cet objet d'amour provoque directement de l'insécurité et de l'angoisse. Suttie (1935) évoque également l'existence d'un lien primaire entre la mère et l'enfant sans convoquer d'hypothèses relatives à la libido.

En outre, la majorité des hypothèses psychanalytiques portant sur l'angoisse de séparation est expliquée par la notion de libido (Freud, 1905, 1926) ou de pulsion de mort (Klein, 1935), concepts centraux de la psychanalyse. Ainsi, l'angoisse de séparation n'est pas liée à la rupture des liens affectifs réels auprès des objets d'amour – excepté partiellement l'analyse de Freud en 1926 - mais à l'insatisfaction de tendances libidinales ou à l'existence préalable de la pulsion de mort (Bowlby, 1978 b). Bowlby considère que c'est la théorie de l'angoisse comme réaction primaire liée à la rupture de l'attachement de l'enfant à sa mère (Hermann, Suttie cités par Bowlby, 1978 b) qui rend compte le mieux de ses observations. Pour Bowlby, seule cette dernière théorie présente la séparation ou la rupture des liens affectifs comme constituant en soi une angoisse ou une détresse pour l'enfant. Ces

auteurs postulent déjà l'existence d'un lien affectif inné et primaire à l'objet maternel, indépendant de la satisfaction libidinale.

2.2.2 La nature des liens affectifs dans la théorie de l'étayage en psychanalyse

Les principales considérations sur l'angoisse de séparation mettent en évidence plus généralement la conception dominante de la théorie psychanalytique sur la nature des liens affectifs. Cette conception est généralement nommée *théorie de l'étayage* (Bowlby, 1978 a; Widlöcher, 1979, 2000; Zazzo, 1979; A. Guedeney, 2002). Dans la *théorie de l'étayage*, le lien affectif (ou attachement) est une pulsion secondaire, née de la satisfaction des besoins oraux, notamment le besoin de nourriture (Bowlby, 1978 a; Widlöcher, 1979 ; A. Guedeney, 2002). Ainsi, le sujet s'attache à l'objet maternel puisque ce dernier y éprouve *une prime de plaisir* liée à la satisfaction de ses besoins. Dans la théorie de l'étayage, l'attachement à la mère n'est pas inné et fondamental, il est appris et renforcé par les expériences de plaisir de la zone orale. Ainsi, l'angoisse de séparation n'est pas liée à la rupture du lien affectif en lui-même mais à l'insatisfaction libidinale résultant de l'expérience de frustration et de déplaisir. En effet, l'absence de la mère correspond à l'absence de satisfaction orale et de la prime de plaisir qu'elle engendre. Compte tenu notamment des travaux psychanalytiques précurseurs d'Hermann (cité par Bowlby, 1978b), Widlöcher (2000) insiste sur le fait que la théorie de l'étayage n'est pas une théorie orthodoxe en psychanalyse.

2.3 Les observations de Spitz

Spitz (1945, 1946) influence Bowlby (1979) sur deux aspects. D'une part, il est le premier psychanalyste à effectuer des observations expérimentales en milieu naturel sur les relations mère-enfant. D'autre part, il montre les conséquences négatives chez l'enfant des effets réels de la privation maternelle. Aussi, c'est en tant qu'expérimentateur plutôt qu'en tant que psychanalyste que Spitz aura une influence durable sur Bowlby (1979). Ce dernier dit de Spitz qu'il a initié une « *méthodologie différente pour étudier le développement de jeunes enfants dans certaines institutions* » basée sur l'observation directe (Bowlby, 1979, 55). Cependant, si les observations de Spitz (1945, 1946) intéressent Bowlby, elles interpellent

également ses collègues psychanalystes non kleinien de la société britannique de psychanalyse tels qu'Anna Freud et Winnicott. Tous ces auteurs mettent en lumière la dépendance émotionnelle du nourrisson vis-à-vis de sa figure maternelle, l'incidence de cette dépendance et plus généralement la qualité de cette relation dans le développement de sa personnalité (Miljkovitch, 2001; A. Guédény, 2002).

2.3.1 La notion de carence affective

Pour Spitz (1968), les désordres psychologiques du nourrisson sont fonction de la personnalité de la mère et des relations vécues avec cette dernière. « *Les troubles de la personnalité maternelle se réfléchiront dans les désordres de l'enfant* » (Spitz, 1968, 156). A partir de cette perspective, il distingue deux types de relations objectales perturbées : les relations mères - enfants « *inappropriées* » et les relations mères - enfants « *insuffisantes* ». Les premières se caractérisent par un facteur *qualitatif* et sont liées aux « *schémas toxiques* » suivants du comportement maternel : rejet primaire manifeste, sollicitude primaire excessive et anxieuse, hostilité déguisée en anxiété, oscillations entre les cajoleries et l'hostilité, sautes d'humeur cycliques de la mère, hostilité consciemment compensée. Les secondes se caractérisent par un facteur *quantitatif* puisqu'elles sont marquées par la privation physique partielle ou totale de la figure maternelle pour l'enfant.

Spitz inscrit les maladies de carence affective dans les pathologies des relations objectales relevant du facteur quantitatif. « *La personnalité de la mère joue un rôle mineur dans l'étiologie des maladies de carence affective car les troubles proviennent en général de l'absence physique de la mère par suite de maladie, de mort, d'hospitalisation de l'enfant alors qu'en même temps son substitut est, soit inadéquat, soit pratiquement inexistant* » (Spitz, 1968, 2006). Cette définition insiste également sur l'absence du substitut maternel, ce qui signifie que la pathologie carencielle n'est pas uniquement liée à l'absence de la mère mais également à l'absence de la fonction maternelle dispensatrice de soins et d'affection.

Spitz a observé les carences affectives auprès de deux institutions d'enfants : l'institution dite « *Pouponnière* » (P) et l'institution dite « *Pour enfants abandonnés* » (EA). La pouponnière est une institution pénale composée d'enfants de mères délinquantes souvent mineures (admisses lorsque celles-ci étaient enceintes) tandis que l'institution pour enfants

abandonnés regroupe deux catégories d'enfants, des enfants dont les mères mariées ne peuvent subvenir à leurs besoins et des enfants de mères célibataires. Les points communs entre les deux institutions sont les suivants : règles d'hygiène irréprochables, nourriture abondante et variée et relations privilégiées avec la mère durant les trois premiers mois (alimentation au sein maternel, enfants isolés avec la mère dans une salle spéciale à l'abri des autres enfants). Quant aux divergences entre ces deux institutions, elles résident dans les soins prodigués aux enfants après les trois premiers mois. En pouponnière, chaque enfant est nourri et soigné par sa propre mère ou remplacé par une femme enceinte de l'institution qui fait son apprentissage de mère. Dans cette institution, l'enfant bénéficie de soins à temps complet par sa propre mère ou son substitut. En revanche, dans l'institution pour enfants abandonnés, Spitz (1968) observe l'existence d'une infirmière pour plus de sept enfants, présente essentiellement lors du repas et de sa préparation. Il constate une « *maison vide et morne sauf aux heures de repas* » (Spitz, 1968, 24) où sont présentes mères et infirmières.

2.3.2 Les syndromes de carence affective

Dans les pathologies carencielles, Spitz (1946) distingue deux syndromes : *la carence affective partielle* nommée *dépression anaclitique* et *la carence affective totale* nommée *syndrome d'hospitalisme*.

La *dépression anaclitique* est observée auprès de 123 nourrissons âgés de 12 à 18 mois dans l'institution dite *Pouponnière*. Elle se déclenche généralement à l'âge de six mois alors que jusqu'à présent les relations entre la mère et l'enfant sont plutôt satisfaisantes. Ce syndrome se manifeste suite à une expérience de séparation entre la mère et l'enfant. Tous les enfants de ce groupe ont vécu la même expérience : ils se sont retrouvés privés de leur mère durant une période ininterrompue de trois mois (entre le 6^{ème} et le 8^{ème} mois). Pendant son absence, dans l'institution, une infirmière se charge à elle seule de 12 enfants; ce qui ne permet pas à ces enfants de construire un contact affectif privilégié et continu avec une infirmière. Pour autant, les soins corporels, alimentaires et d'hygiène sont apportés à ces enfants de manière satisfaisante.

Le tableau clinique de la *dépression anaclitique* (Spitz, 1968) est présenté ci-dessous :

Tableau 1: Les symptômes cliniques de la *dépression anaclitique*

- *1^{er} mois du trouble* : les enfants pleurnicheurs, exigeants, ont tendance à s'accrocher de manière excessive à l'observateur si ce dernier arrive à établir un contact.
- *2^{ème} mois* : Les pleurs se transforment en gémissements plaintifs. Perte de poids. Arrêt du quotient de développement (Q.D).
- *3^{ème} mois* : Retrait affectif et refus de contact de l'enfant. Apathie, retard du développement, lenteur des mouvements, abattement, stupeur, ralentissement de la réaction aux stimuli, rigidité faciale. L'enfant manifeste un retrait de type dépressif comparable à *l'inhibition* rencontrée dans la dépression de l'adulte.

Il est à noter que la *dépression anaclitique* bénéficie d'un pronostic favorable si la séparation d'avec la mère ne dépasse pas 5 mois. Dès le retour de la mère, Spitz observe une rémission rapide des troubles (délai de 3 à 5 mois).

Quant au *syndrome d'hospitalisme*, il a été observé dans *l'Institution pour enfants abandonnés* auprès de 91 nourrissons (Spitz, 1945; 1946). Durant les trois premiers mois, les enfants de cette institution ont une « *santé psychique* » comparable aux autres enfants. Ils sont nourris au sein par leur mère ou un substitut et ont des résultats similaires à différents tests d'efficience que les enfants de la ville. Après le troisième mois, ils sont *séparés définitivement* de leur mère tout en conservant des soins corporels, alimentaires et d'hygiène satisfaisants. Dès lors, une infirmière se charge effectivement de 12 enfants; cette quasi-absence de soins maternels équivaut à une privation affective totale.

Le tableau clinique du *syndrome d'hospitalisme* (Spitz, 1946) est présenté-ci dessous :

Tableau 2 : *Les symptômes cliniques du syndrome d'hospitalisme*

- Symptômes similaires mais avec un niveau de gravité plus important (larmoiements, attitude exigeante, perte d'appétit, perte de poids, arrêt et régression du quotient de développement, retrait sur soi, insomnie).
- Régression irréversible du Q.D. de 45% par rapport au Q.D. normal (déficience grave).
- Retard moteur spectaculaire, pas d'acquisition du contrôle moteur volontaire.
- Pas d'acquisition du langage
- Visage d'expression vide
- Coordination oculaire déficiente
- Taux de mortalité très élevé (37% des enfants de l'Hospice)

Nous pouvons observer que le syndrome d'hospitalisme engendre des troubles graves du développement psychologique et moteur global pouvant entraîner la mort ou des séquelles irréversibles si l'enfant survit.

2.4 Les travaux des éthologues

Les travaux éthologiques de Lorenz (1935, 1966, 1979) portant sur *l'empreinte* et d'Harlow (1958, 1977) portant sur les *affectivités* (1958, 1979) constituent un « *bouleversement épistémologique* » dans la compréhension des liens affectifs. Depuis ces travaux, *les liens affectifs peuvent être considérés comme résultant d'un besoin inné*. La nature innée du lien affectif sera repris par Bowlby (1978 a, 1978,b) dans sa *théorie de l'attachement*.

2.4.1 L'empreinte

L'*empreinte* selon Lorenz (1935, 1966) est la mise en place définitive dès les premières heures chez l'animal d'un lien entre un déclencheur extérieur (généralement l'objet maternel) et le comportement instinctif. Ce premier lien s'instaure dans une phase limitée du développement et constitue une acquisition rapide et permanente. Par le phénomène d'empreinte, l'animal restera lié tout au long de sa vie à ce premier objet. Il le suit dans ses déplacements et le cherche lorsqu'il a peur ou quand il est en désarroi. Ce lien ne peut être annulé ou « déprogrammé ». Ce premier lien sera toujours favorisé à d'autres liens ultérieurs, et ce, quel que soit l'objet.

Le besoin de se lier au premier objet résulte d'un mécanisme inné. Les petits sont génétiquement prédisposés à rechercher la proximité avec ce premier objet perçu. Cette notion d'empreinte montre que le lien est la conséquence d'une disposition innée mais que l'objet de ce lien ne l'est pas. Pour Lorenz, *l'empreinte* s'oppose à la fois à la théorie de l'*apprentissage* et au *déterminisme biologique*. Dans l'apprentissage, l'objet d'affection est choisi par rapport « à ses qualités », aux renforcements positifs (récompenses) apportés à l'animal (ex : la nourriture). A partir d'une expérience, Lorenz montre que si le premier objet mobile est un ballon en mousse et non une figure maternelle, le petit aura une préférence pour le ballon en mousse. S'il s'agissait d'un conditionnement, l'objet choisi serait la figure maternelle puisqu'elle est susceptible d'apporter à son petit ce qui est nécessaire à ses besoins et à sa survie.

L'expérience illustrant le mieux la notion d'*empreinte* est celle que Lorenz (1935) a effectuée auprès des oisons. Il constate que les poussins s'attachent à leur mère (« *s'imprègnent de leur mère* ») au cours des heures qui suivent l'éclosion en la suivant lors de ses déplacements. Mais si à partir d'une procédure expérimentale, on présente aux poussins un ballon coloré qui se déplace comme premier objet, et ensuite la mère véritable, les petits suivent le ballon coloré.

Zazzo (1979) résume clairement la notion d’empreinte : « *l’objet de l’empreinte chez Lorenz est acquis mais n’est pas appris au sens strict du terme. Et cette acquisition se fait grâce à un mécanisme inné : la conduite de poursuite* » (1979, 211).

Par la notion d’*empreinte*, Lorenz met en question l’hypothèse dominante qui prévaut sur la nature des liens affectifs, hypothèse partagée à la fois par la psychanalyse soutenant la théorie de l’étayage et la théorie de l’apprentissage : le lien affectif au parent est une pulsion secondaire fondée sur la satisfaction des besoins oraux. Lorenz (1935) montre que les petits s’attachent systématiquement au premier objet qu’il rencontre même si celui-ci ne les nourrit pas.

2.4.2 Les affectivités

Si les travaux de Lorenz ont mis en question la nature « apprise » des liens affectifs, ce sont les travaux de Harlow (1958) qui ont définitivement démontré leur nature innée.

Dans cette perspective, Harlow développe la notion d’*affectivité* » qui se définit comme suit: « *l’ensemble des comportements et de leurs processus complexes sous-jacents qui créent et entretiennent les rapports sociaux individuels reliant entre eux les membres d’une espèce* » (Harlow, 1979, 58). Pour cet auteur, l’affectivité (ou système d’affection) de l’enfant vis-à-vis de sa mère n’est pas acquise par l’expérience mais constitue une composante innée de l’espèce. Il suppose une structure neurophysiologique originelle et permanente conduisant le sujet à rechercher le contact et le réconfort vis-à-vis d’autrui plutôt que la satisfaction des besoins liés à la nourriture.

Pour montrer, par l’observation expérimentale, la nature innée des liens affectifs, Harlow (1958) manipule les conditions de vie de singes rhésus naissants en comparant leurs réactions auprès de mères « *artificielles* ». Il étudie quatre facteurs pouvant être à l’origine du lien du petit avec sa mère: l’apport de nourriture, le réconfort procuré par le contact, la température et le mouvement. Si on compare des « mères artificielles en fil de fer qui donnent le biberon » (variable nourriture) à des « mères artificielles en chiffon doux qui ne nourrissent pas », le singe rhésus va préférer systématiquement le réconfort d’un contact corporel doux. Les singes rhésus sont accrochés à la mère en « chiffon doux » et font appel à elle en cas de désarroi ou de peur. Ils ne visitent « la mère artificielle en fil de fer » que lorsqu’ils ont faim.

Cette étude montre que le besoin de contact prime sur la faim et que cette dernière ne conduit pas à l'attachement. Pour Harlow, « *le réconfort de contact* » est une *variable primaire*² favorisant l'affection. En revanche, si le singe rhésus a le choix entre « *deux mères artificielles en chiffon doux* », il préfère celle qui lui apporte la nourriture et qui lui tient le plus chaud. Ainsi, ces autres variables sont considérées pour Harlow (1979) comme étant des variables secondaires³. Par variable primaire, Harlow (1958) rend compte de la dimension innée du *réconfort de contact* dans l'établissement des liens affectifs. Quant aux variables secondaires telles que l'apport de nourriture et la température (expérimentée à partir d'une ampoule électrique posée dans la cage), si elles ont un impact dans la relation affective du petit avec sa mère, elles sont fonction du réconfort et de la douceur préalable qu'elle peut leur apporter. Pour être une figure affective, la mère doit avant toute chose être une figure douce et réconfortante. Pour Bowlby (1978), ce besoin d'affection inné chez l'animal est valable pour l'espèce humaine.

2.5 Les fondements de la théorie de l'attachement

Les positions psychanalytiques, l'originalité du travail de Spitz et les travaux éthologiques d'Harlow et de Lorenz, tant par leurs ressemblances que par leurs divergences avec les positions de Bowlby, participent à l'émergence et à la constitution d'une nouvelle théorie psychologique, la théorie de l'attachement. Cette théorie a pour objectif de repenser et de redéfinir sur d'autres bases scientifiques la nature des liens affectifs.

Bowlby (1979) considère d'abord que ses observations portant sur la nature du lien mère-enfant et sur ses perturbations ne sont pas en adéquation avec la théorie psychanalytique dominante, favorable à la *théorie de l'étayage*. De plus, les travaux précurseurs de Spitz (1946) sur l'observation directe de la privation affective, ont été à l'origine de ses propres travaux et ont conforté ses observations et ses analyses. Cependant, il s'oppose théoriquement à Spitz (1946) qui continue à prôner la théorie de l'étayage malgré ses observations sur les effets réels néfastes de la privation affective (celle-ci conduisant à la mort des enfants privés d'affection malgré la satisfaction des besoins alimentaires et des conditions d'hygiène). Spitz

² Le terme *primaire* est emprunté à la théorie de l'apprentissage. Elle signifie une tendance ou une réaction qui se produit de manière autonome, qui n'est pas dérivée de quelque chose d'autre, c'est-à-dire ici du processus de l'apprentissage (Zazzo, 1979).

³ En revanche, le terme *secondaire* correspond à une tendance ou à une réaction qui ne peut être effectuée qu'à partir d'un processus d'apprentissage.

(1946) continue à penser que le lien affectif est « appris » et qu'il est la conséquence de l'activité libidinale orale et auto-érotique de l'enfant. Aussi, c'est à partir des travaux éthologiques que Bowlby (1978 a, 1978 b, 1984) trouve une assise scientifique à ses positions théoriques sur la nature des liens affectifs. En considérant le lien affectif comme un besoin inné, les travaux éthologiques permettent à Bowlby de redéfinir la nature des liens affectifs en psychologie avec une notion nouvelle : l'*attachement*. Aussi, nous allons définir d'une part, la notion d'attachement de Bowlby (1978 a, 1978 b, 1984) et d'autre part, le modèle scientifique sur lequel il prend appui pour expliquer le fonctionnement du système d'attachement : le modèle cybernétique (ce modèle est déjà appliqué en physiologie et dans l'industrie mécanique).

2.5.1 La notion d'attachement selon Bowlby

La notion d'*attachement* de Bowlby (1978 a, 1978 b, 1984) renvoie à la fois à une composante innée et apprise⁴. Tel que le dit Zazzo (1979), le besoin d'attachement est inné alors que l'attachement est appris. Pour Bowlby (1978 a), le sujet a un besoin primaire (inné) de s'attacher à sa figure d'attachement (préférentiellement la mère). En revanche, le schème (le type) d'attachement qu'il va développer tout au long de sa vie fait suite à l'apprentissage des liens affectifs qu'il a construit dans l'enfance auprès de sa figure d'attachement. Aussi, l'attachement est fait, d'une part, de *schèmes innés* consistant à *rechercher la proximité physique et affective* avec la figure d'attachement et, d'autre part, de *schèmes appris* consistant à *s'adapter psychiquement, émotionnellement et cognitivement aux réponses de la figure d'attachement*.

Le besoin primaire d'attachement est posé comme ayant une *universalité biologique* (Grossmann & Grossman, 1990; Ijzendoorn, 1990). Pour Bowlby (1978 a) ce besoin primaire aurait pour fonction la *survie de l'espèce* et serait *l'héritage de l'évolution et de la sélection naturelle*. Cette sélection favorisant la survie aurait permis au bébé humain d'établir un lien d'attachement avec l'adulte le plus susceptible de le protéger des dangers propres à l'espèce. Pour ce faire, le bébé est équipé de cinq comportements d'attachement « innés » lui

⁴ Le terme *appris* a été préféré au terme *acquis* car il renvoie selon la notion d'attachement de Bowlby (1978a) à un apprentissage des relations affectives effectuées auprès de la figure d'attachement. Depuis les travaux de Lorenz sur l'*empreinte*, nous savons que le premier objet mobile rencontré dans l'environnement devient l'objet préférentiel (c'est un objet acquis, ne renvoyant à aucun déterminisme biologique) sans que ce dernier soit le fruit d'un apprentissage (par ex: un lien affectif renforcé suite à la satisfaction des besoins de nourriture apportée par la mère).

permettant de rechercher et de maintenir le contact avec le donneur de soins: le sourire, la vocalisation, les pleurs, le comportement d'accrochage et la succion⁵ (Bowlby, 1978 a). Cependant, la recherche de la proximité ou de l'« accessibilité » de la figure d'attachement n'est pas recherchée pour elle-même, mais parce qu'elle apporte parallèlement un sentiment de sécurité interne, ce que Bowlby nomme « *base de sécurité* ». En ce sens, la théorie de l'attachement, contrairement à la théorie de la relation d'objet, n'a pas pour finalité ultime la recherche de l'objet (Fonagy, 2001).

Quant au type d'attachement développé par le sujet, il dépend *pleinement de l'expérience*, c'est-à-dire de l'interaction établie avec la figure d'attachement et des réponses apportées par cette dernière aux besoins d'attachement de l'enfant (Pierrehumbert *et al.*, 1996). En fonction des réponses de la figure d'attachement, le sujet va développer des *stratégies* (Main *et al.*, 1990) et des *modèles de représentations* (Bowlby, 1984) d'attachement spécifiques⁶. Si la figure d'attachement est disponible et apporte de la sécurité affective au sujet, celui-ci développera un attachement de « *type sécurisant* ». En revanche, si cette figure n'apporte pas de sécurité affective, le sujet développera un attachement de « *type insécurisant* » (Bowlby, 1984).

2.5.2 La théorie de l'attachement : un modèle cybernétique

Pour Bowlby (1978 a, 1979), les comportements d'attachement ne peuvent être expliqués par la notion de pulsion utilisée par la psychanalyse. Aussi, il est contraint d'abandonner le référentiel théorique de la psychanalyse pour trouver un modèle théorique plus adéquat : *le modèle cybernétique*.

La notion de pulsion en psychanalyse renvoie au modèle hydraulique et thermodynamique (modèle des « réservoirs d'énergie ») de la science de l'époque de Freud (Zazzo, 1979; N. Guédeney, 2002). Selon ce modèle, lorsque la tension est élevée, la soupape du réservoir d'énergie s'ouvre pour que la réaction se décharge. Dans le cas de la pulsion,

⁵ Bowlby a retiré ce dernier comportement qu'il avait décrit auparavant comme étant un comportement d'attachement (A. Guédeney, 2002) certainement parce que celui-ci est davantage lié au besoin de nourrissage proprement dit.

⁶ Les notions de *stratégies* et de *modèles de représentations* (ou M.I.O) sont des notions qui seront développées dans la partie 3 consacrée à l'attachement chez l'adulte.

c'est l'énergie libidinale, suite à une tension s'accompagnant de déplaisir, qui tend à se décharger. Cette décharge procure alors du plaisir et met fin à l'activité pulsionnelle. L'observation du comportement d'attachement chez le sujet montre que celui-ci n'a pas pour objectif de réduire une tension interne pour se décharger. Le comportement d'attachement est désactivé, non pas suite à la réalisation d'un acte permettant la décharge (Zazzo, 1979), mais lorsque des indices internes (fatigue, douleur) et externes (l'absence de la figure d'attachement, la solitude) arrivent à contrôler et à réguler la distance physique et affective d'avec la figure d'attachement (N. Guédénéy, 2002). La notion de pulsion en psychanalyse insiste uniquement sur le facteur interne, propre au sujet, pour expliquer le mécanisme d'attachement (N. Guédénéy, 2002), d'où la référence à *la théorie de l'étayage* puisque dans cette optique l'attachement n'est que l'effet de la pulsion orale, donc d'un mécanisme interne d'insatisfaction.

Bowlby (1978 a, 1979) fait alors appel à la *théorie cybernétique de régulation* (ou *théorie du contrôle*) pour expliquer les comportements d'attachement. Les comportements d'attachement font partie d'un système comportemental dit « *système d'attachement* ». Le système d'attachement est un « *système rectifié quant au but* ». D'une part, le système d'attachement est composé d'un *ensemble de systèmes innés qui cherchent à entrer en relation* (recherche de la proximité physique avec la figure d'attachement et du sentiment de sécurité interne qui en résulte). D'autre part, par l'intermédiaire de rétroactions⁷, le système d'attachement s'adapte et « *se corrige* » constamment vis-à-vis de l'environnement pour atteindre ou maintenir l'objectif initial de proximité.

Aussi, le système d'attachement tend à l'*homéostasie*: il a pour rôle de maintenir la distance désirée avec la figure d'attachement en fonction des circonstances (N. Guédénéy, 2002). Pour Miljkovitch (2001), Bowlby reprend dans le cadre de la théorie de l'attachement l'idée centrale de l'homéostasie selon le modèle cybernétique: en fonction de l'environnement, l'équilibre de l'être humain est maintenu par un mécanisme d'autorégulation. La régulation du système se fait en fonction de trois paramètres: les *stresseurs* (les dangers de perte de la figure d'attachement), *l'état de stress* lié à la situation et la *détresse émotionnelle* proprement dite du sujet (Bowlby, 1984). Aussi, le système d'attachement n'est activé qu'en cas de dérégulation du système: c'est-à-dire lorsqu'il existe

⁷ La rétroaction (ou feed-back) est le processus qui évalue et régule les effets présents de l'acte accompli en fonction de la consigne initiale (Bowlby, 1978a).

une menace de séparation ou de perte de la figure d'attachement, mettant en branle le besoin inné de lien affectif.

Pour expliquer le système d'attachement, Bowlby (1978 a, 1979) donne de nombreux exemples - empruntés à l'industrie mécanique et la physiologie - dont celui de la température. L'exemple du fonctionnement de la température permet de rendre compte des mécanismes entrant en jeu dans le maintien de la température naturelle (corporelle) ou artificielle (le chauffage et le principe du thermostat). Pour Bowlby (1979), ces mécanismes auraient quelques analogies avec les mécanismes d'attachement. En effet, l'objectif de la température corporelle est de se maintenir entre des limites fixées par un système de contrôle (ou de régulation) correspondant à l'intrication constante de processus physiologiques (ex: rôle du métabolisme et du flux sanguin, transpiration) et environnementaux (l'élévation ou la diminution de la température extérieure ou le fait de recouvrir les extrémités du corps quand il fait froid). Pour le système d'attachement, il s'agit également de maintenir la proximité avec la figure d'attachement dans certaines limites en fonction de processus psycho-physiologiques (insécurité, peur) et comportementaux (activer ou désactiver la recherche de proximité).

Mais si le système d'attachement se manifeste tout d'abord de manière comportementale (*rechercher la proximité affective*), il est sous-tendu également par des modèles de *représentations* ou *modèles internes opérants*⁸ (Bowlby, 1984; Fonagy, 2001). En effet, les expériences interactives du sujet avec la figure d'attachement vont donner lieu à des croyances et à des représentations internes concernant la figure d'attachement et plus généralement les relations interpersonnelles (Bowlby, 1984). Aussi, à la disponibilité physique de la figure d'attachement (*niveau comportemental*) va correspondre une attente confiante vis-à-vis de celle-ci (*niveau des représentations*). Selon Bowlby (1978 a), pour atteindre l'objectif visant à promouvoir la sécurité d'attachement, l'organisme a besoin d'une forme de représentation interne et schématique de l'environnement, lui permettant d'«anticiper les nouvelles situations et de se corriger en permanence»⁹. Le concept de modèle interne opérant de Bowlby (1978 b, 1984) sera développé plus précisément dans le sous-chapitre 2-6.

⁸ Notion qui sera traitée dans la partie 2-6.

⁹ Bowlby s'inspire des idées piagésiennes pour expliquer le passage entre le niveau comportemental et le niveau des représentations mentales (Bowlby, 1979; Fonagy, 2001). Ainsi, le schème (Piaget, 1947, 1948) qui est initialement un mécanisme réflexe, acquiert un contenu psychique. En définitive et à l'instar de Piaget, Bowlby considère que la représentation mentale, liée à un contenu abstrait, «émerge» des relations concrètes et interactives que le sujet a établies avec l'environnement.

Mais si Bowlby (1984) est à l'origine de la notion théorique de l'attachement, c'est l'inventivité expérimentale d'Ainsworth et *al.* (1978) avec le paradigme de la *situation étrange* qui a permis d'évaluer de manière scientifique l'attachement de l'enfant. Par ce paradigme, Ainsworth a permis un développement conceptuel considérable de la théorie de l'attachement. Surtout, nous pouvons depuis le paradigme d'Ainsworth *et al.* (1978) observer cliniquement et expérimentalement différents types d'attachement chez l'enfant.

2.5.3 Le paradigme de la situation étrange

Avec Bowlby (1978 a, 1978 b), l'aspect comportemental de l'attachement se focalise principalement sur le comportement de l'enfant au moment de la séparation avec sa mère. Avec Ainsworth *et al.* (1978), nous allons nous intéresser davantage à un autre aspect comportemental: le comportement de l'enfant après le départ de la mère et lors des retrouvailles.

Ainsworth observe en milieu naturel (28 bébés en Ouganda) les effets de la séparation prolongée mère-enfant. Elle réitère ensuite ses observations de manière systématisée (26 famille) et crée le paradigme de la situation étrange (*Strange situation*). La situation étrange est une situation de laboratoire où sont observées les réactions des enfants à partir de 12 mois et jusqu'à 2 ans vis-à-vis de leur mère. On note les réactions de l'enfant durant 8 épisodes de séparation (durée de 3 minutes chacune) impliquant des séparations et des retrouvailles entre la mère et l'enfant, ainsi que l'introduction d'une personne étrangère à l'enfant. Après cette brève introduction de la personne étrangère, on laisse le bébé seul avec la mère, puis la personne étrangère revient et la mère quitte la pièce, et revient à nouveau avant que la personne étrangère reparte de celle-ci. On continue encore des scènes de séparations et de retrouvailles mère-enfant. La situation est généralement observée derrière un miroir sans tain et enregistrée en vidéo. L'expérimentateur observe la manière dont l'enfant organise son comportement envers la figure d'attachement lors des différentes phases de la situation (séparations et retrouvailles). Ce paradigme (Ainsworth & *al.*, 1978) permet principalement d'observer des modalités d'attachement en fonction des comportements observés (trois groupes d'enfants ont été différenciés) :

→ Groupe A (attachement inséure-évitant) : Ce sont des enfants qui présentent peu de manifestations affectives ou de comportements de base de sécurité; ils paraissent peu affectés par la séparation, tendent à éviter la proximité et le contact avec la mère lors des retrouvailles et se focalisent surtout sur les jouets. Si l'étrangère leur prend le jouet, ils peuvent se raidir ou se détourner. Dans cette catégorie, le nourrisson n'a pas confiance dans la disponibilité du donneur de soins. L'enfant tente de contrôler son anxiété face à la séparation en abaissant le niveau d'excitation émotionnelle et en se détournant de la mère. Aussi, ce désintérêt ou cette indifférence concernant les liens d'attachement n'est que manifeste puisqu'il signe la volonté de se « défendre » face à l'anxiété résultant de la séparation d'avec la mère.

→ Groupe B (attachement sécure) : Ces enfants ont tendance à manifester une forme de protestation lors des séparations, surtout lors de la seconde séparation, la plus stressante, et à accueillir leur mère lors de son retour avec plaisir (gestes, vocalisations, sourires) ou en recherchant la proximité avec elle, pour enfin retourner jouer, après avoir été réconfortés. Dans cette catégorie, l'enfant se montre confiant vis-à-vis du donneur de soins parce que ce dernier lui apporte un sentiment de sécurité.

→ Groupe C (attachement inséure ambivalent/résistant) : Ces enfants montrent de la détresse lors de la séparation avec un mélange de recherche de contact et de rejet coléreux, et il est difficile de les réconforter. De plus, le retour et le réconfort de la mère ne diminuent pas pour autant la détresse de l'enfant. Ces enfants cherchent à attirer considérablement l'attention du donneur de soins. Perturbés par la séparation d'avec la mère, ces enfants n'arrivent pas à se calmer et à s'intéresser à leur environnement (aux jouets présents dans la pièce).

→ Groupe D (inséure désorganisé désorienté) : Il s'agit d'une modalité d'attachement ajoutée par Main (1985). Ce sont des enfants dont on ne comprend pas les intentions comportementales. Ces comportements apparaissent désorganisés simultanément ou dans leurs successions, interrompus ou bizarres, avec des stéréotypies lors des retrouvailles.

Mais si la situation étrange permet d'évaluer l'attachement de l'enfant et de différencier des types d'attachement (inséure-évitant, sécure, inséure-ambivalent résistant) à partir de l'observation des comportements, elle ne permet pas d'investiguer l'attachement de l'adulte, qui se situe au niveau du monde interne, c'est-à-dire au niveau des représentations

mentales. Selon Bowlby (1984) ces représentations mentales de l'attachement adulte agissent sous forme de modèles internes opérants. Nous développerons ce point dans la sous partie suivante (2-6).

2.6 Les représentations d'attachement chez Bowlby : les modèles internes opérants.

Pour Bowlby (1984), les représentations d'attachement de l'adulte s'organisent sous forme de modèles internes opérants. Ces « modèles internes opérants » sont présents dès l'enfance et se prolongent tout au long de la vie. Pour déterminer l'âge d'apparition des M.I.O, Bowlby s'appuie sur les travaux de Piaget (1947, 1948) relatifs à la *permanence de l'objet*. La permanence de l'objet est une acquisition cognitive développementale de l'enfant vers l'âge de 5 ans. Elle renvoie à la possibilité de continuer à faire exister un objet même lorsque celui-ci n'est plus perçu dans l'expérience. Aussi, l'objet de l'expérience devient un objet qui peut être représenté de manière continue et généralisé dans la sphère mentale. Pour rendre compte de l'avènement développemental de cette représentation mentale, Bowlby se réfère à la notion de schème de Piaget (1947, 1948) : le schème est initialement un mécanisme réflexe qui acquiert progressivement un contenu psychique. Aussi, la représentation mentale, liée à un contenu abstrait, émerge des relations concrètes et interactives que le sujet a établies avec son environnement.

Nous nous intéresserons dans notre recherche à l'attachement adulte, aussi nous sommes conduits à investiguer les modèles internes opérants décrits par Bowlby (1984). Nous allons évoquer tout d'abord les différents aspects des modèles internes opérants chez Bowlby (1984) avant d'aborder les travaux plus récents de l'attachement adulte (Partie 3).

2.6.1 M.I.O : modèles représentationnels dynamiques de « soi » et de la « figure d'attachement »

Bowlby (1978b, 1984) a emprunté la notion de « Modèle Interne Opérant » au psychologue Craik (1943) pour désigner les modèles internes d'attachement du sujet. En choisissant le terme M.I.O, Bowlby (1984) met en exergue l'aspect dynamique des modèles

d'attachement. En effet, ces modèles sont « mis au travail »¹⁰ et « opèrent » constamment dans la vie du sujet en s'adaptant et en s'actualisant en fonction de l'environnement et des relations interpersonnelles.

Pour Bowlby (1978 b, 1984), le contenu des M.I.O est relatif à la représentation que le sujet a de la disponibilité ou de l'indisponibilité de sa figure d'attachement. Cette croyance en l'« accessibilité » de la figure d'attachement est fonction des expériences relationnelles infantiles qu'il a construites avec sa figure d'attachement (plus généralement sa mère). Les M.I.O se subdivisent en deux modèles opératoires: un « modèle de la figure d'attachement », relatif à sa disponibilité, et un « modèle de soi » qui lui est directement associé – relatif au sentiment d'être digne ou indigne d'être aimé de la figure d'attachement. En effet, si le sujet a intériorisé un « modèle de la figure d'attachement » dans lequel celle-ci est « indisponible et rejetante », il va développer conjointement un « modèle de soi » considéré comme « indigne d'être aimé ». Mais si le modèle de soi et d'autrui sont indépendants d'un point de vue théorique, ils se confondent dans la réalité puisqu'ils fonctionnent ensemble, en miroir, de manière dynamique et se confirment mutuellement (Bowlby, 1978 b).

2.6.2 M.I.O : modèles internes guidant les relations interpersonnelles de l'adulte

Pour Bowlby (1984), les modèles internes opérants ont une incidence sur les relations interpersonnelles à l'âge adulte. En fonction de la qualité des expériences infantiles précoces, les modèles internes opérants colorent les représentations que le sujet a du monde et de lui-même et du monde en tant qu'agent de l'environnement (Bowlby, 1979 a). Aussi, les M.I.O permettent d'anticiper et d'avoir des « attentes » vis-à-vis des relations interpersonnelles et sociales (Bowlby, 1984). Ils « agissent » dans les relations interpersonnelles sur différents aspects: la cognition (perception, interprétation, traitement, sélection de l'information sociale), les émotions et la conduite à tenir (Bowlby, 1979 a, 1979 b; Collins & Read, 1991; Zeanah & Barton, 1989; Kobak *et al.*, 1993; Pietromonaco & Barrett, 2000; Hammen & Brennan, 2002). En outre, la « manière d'être et d'interagir » dans les relations interpersonnelles par le sujet adulte n'est pas dépendante des circonstances de la situation

¹⁰ Si Bowlby, en tant que psychanalyste, est influencé par l'idée que l'appareil psychique fonctionne de manière dynamique, il s'inspire davantage des sciences cognitives dans la conceptualisation des M.I.O. Le travail des M.I.O est considéré à la fois comme un travail résultant d'un traitement de l'information interne (notion de mémoire de travail) mais aussi résultant d'une « construction » au sens piagétien entre la dynamique d'assimilation et d'accommodation vis-à-vis du monde externe.

interpersonnelle actuelle, mais est fonction du modèle d'attachement (M.I.O) préexistant du sujet qui colore les événements émotionnels et relationnels actuels sous le filtre de ses propres représentations et croyances (Bowlby, 1984).

2.6.3 Les M.I.O : fonctionnement inconscient et processus défensif

Les M.I.O fonctionnent majoritairement de manière *automatique* et *inconsciente* (Bowlby, 1984): « [ces modèles sont tellement appris] qu'ils en viennent à fonctionner automatiquement et en dehors de toute prise de conscience » (Bowlby, 1984, 79).¹¹ Aussi, le sujet a peu d'accès conscient à ses modèles de représentations alors que ceux-ci ont une influence notable sur sa perception, son interprétation et ses comportements dans des situations interpersonnelles et sociales. A l'instar de la psychanalyse, Bowlby (1984) postule l'idée d'un inconscient au sein du fonctionnement mental.

Pour Bowlby (1984), la réalité inconsciente des M.I.O. est la résultante de deux aspects très différents: un aspect lié à la *structure même des mécanismes cognitifs* et un autre aspect lié *aux processus défensifs* du sujet.

En s'inspirant des travaux cognitifs de son époque, Bowlby (1984) considère que le fonctionnement mental est le résultat « *d'expériences d'apprentissages répétées presque journallement durant toute l'enfance et l'adolescence* » (Bowlby, 1984, 79). Dans ces conditions, il pense que les modèles de ces relations sont tellement appris qu'ils fonctionnent de manière automatique, c'est-à-dire sans que le sujet ait conscience de ceux-ci. Cela permet au fonctionnement mental d'économiser des efforts cognitifs d'attention et de traitement de l'information. Aussi, les informations relatives aux modèles sont stockées dans la mémoire à long terme (dont une grande partie fonctionne de manière automatique) et ne peuvent faire l'objet d'une réévaluation, d'une réorganisation ou d'une réélaboration consciente de la part du sujet. Cette inaccessibilité consciente des modèles a un inconvénient majeur: ces modèles deviennent imperméables à tout changement indépendamment des circonstances. Des travaux

¹¹ La notion d'inconscient utilisé par Bowlby (1984) est distincte de la notion d'inconscient décrite en psychanalyse. Aussi, Bowlby ne relie pas l'inconscient au conflit psychique et aux aléas de la vie pulsionnelle. Il se réfère davantage à « l'inconscient cognitif » postulé par les psychologues expérimentaux : c'est-à-dire à un traitement de l'information (dit implicite ou automatique) qui opère hors de toute prise de conscience par le sujet (Kihlstraum *et al.* 1992). Selon Bowlby (1984), cette information automatique (stockage inconscient) provient de l'apprentissage relationnel avec les figures d'attachement. Cependant, à l'instar de la psychanalyse, il considère que des informations gênantes à forte dimension affective peuvent être refoulées et devenir inconscientes.

récents confirment l'existence d'activités cognitives fonctionnant de manière automatique et inconsciente (Bargh, 1994, 1997).

Mais, à l'instar des psychanalystes, Bowlby (1984) élabore l'hypothèse selon laquelle les informations exclues de la conscience ont une *fonction défensive*, servant à protéger le soi contre des événements gênants, pénibles, douloureux et à forte charge affective (Bowlby, 1984). Le fait d'être séparé d'avec sa figure maternelle est un événement vécu douloureusement. Ainsi, l'enfant peut-il être amené à exclure cet événement de sa conscience pour échapper à tout sentiment de tristesse et d'angoisse (Miljkovitch, 2002). Cependant, un autre type d'événement peut participer à l'«exclusion défensive»: il s'agit de tout événement qui infirme les croyances et les représentations des figures d'attachement (surtout parentales) (Bowlby, 1984). Dans ce cas, les parents interdisent au sujet, sous peine de punition, de se souvenir d'un certain nombre d'événements qu'ils jugent défavorables. Bowlby (1984) illustre ce cas d'exclusion défensive à partir de la situation de maltraitance des enfants. Dans cette situation, et par peur d'être abandonné et non aimé, l'enfant est amené à comprendre qu'il ne doit pas tenir compte des mauvais soins parentaux. Cette exclusion peut s'effectuer lors de situations moins traumatiques: une mère hostile lorsque son enfant pleure peut conduire ce dernier à s'interdire toute expression négative de tristesse pour répondre au désir parental afin d'être aimé et d'éviter tout sentiment de culpabilité (Miljkovitch, 2002). Mais pour Bowlby (1984), l'exclusion défensive opère davantage chez les sujets ayant développé des M.I.O insécurisés puisque ce sont les sujets qui sont conduits à vivre davantage d'expériences pénibles et douloureuses.

2.6.4 M.I.O chez Bowlby : un ou plusieurs objets d'attachement intériorisé(s)?

Plusieurs auteurs considèrent que Bowlby (1980) et les premiers théoriciens de l'attachement (Bretherton, 1985, 1990; Main et *al.*, 1985) ont une vision plutôt « monotropique » de l'attachement, c'est-à-dire qu'il considère une figure d'attachement unique : la figure maternelle (Le Camus, 1994; 1995; Miljkovitch & *al.*, 1998). Aussi, les M.I.O seraient essentiellement constitués des expériences vécues avec la figure maternelle. Cette vision n'est pas tout à fait conforme aux vues de Bowlby (Vinay, 2001) puisqu'il indique une possibilité d'attachement avec les pairs (Bowlby, 1969). En outre, Bowlby (1980)

admet, malgré la prévalence de l'objet maternel, l'existence d'une pluralité des objets d'attachement intériorisés au sein des M.I.O.

Nous allons évoquer l'attachement adulte, sujet de recherche plus récent que l'attachement de l'enfant. Les travaux précurseurs de Bowlby (1984) portant sur l'existence de modèles internes opérants de « soi » et de la « figure d'attachement » guidant les relations interpersonnelles de l'adulte ont permis l'avènement de recherches spécifiques sur l'attachement adulte.

3. L'ATTACHEMENT ADULTE

3.1 Introduction

Si Bowlby (1984) a ouvert les premières perspectives d'un attachement chez l'adulte, il s'est surtout intéressé à l'attachement chez l'enfant. C'est dans le troisième tome d'« *Attachement et perte* » intitulé « *La perte, la tristesse et la dépression* » qu'il fait une place de choix à l'attachement adulte avec l'utilisation du concept de « Modèle interne opérant » (M.I.O) emprunté à Craik (1943). Il applique ce concept à la clinique de l'adulte déprimé, marquée par la présence de modèles internes opérants négatifs de « soi » et de la « figure d'attachement ».

Le nouveau regard porté sur l'attachement adulte a conduit à l'émergence de deux approches appelées: approche « *développementale* » (Main *et al.*, 1985; Bretherton, 1985, 1990) et approche « *psychosociale* »¹² (Hazan & Shaver, 1987; Bartholomew & Horowitz, 1991; Shaver & Mikulincer, 2002 a, 2002 b). L'approche développementale situe l'attachement adulte dans la continuité de l'attachement chez l'enfant, aussi le type d'attachement adulte reflète le type d'attachement construit dans l'enfance auprès des figures parentales. L'approche développementale de l'attachement adulte se focalise sur l'attachement filial et parental de l'adulte en lien avec son passé infantile. Quant à l'approche psychosociale de l'attachement, elle met en évidence d'« autres attachements », que celui développé dès l'enfance auprès des figures parentales (Shaver & Mikulincer, 2002 a, 2002 b). Pour cette approche, il existe des attachements actuels spécifiques de l'adulte comme

¹² L'approche psychosociale doit être entendue dans la perspective américaine, c'est -à-dire focalisée sur les liens entre la personnalité, l'environnement et les relations interpersonnelles et sociales.

l'attachement amoureux (dit romantique) (Hazan & Shaver, 1987) ou l'attachement interpersonnel (Bartholomew & Horowitz, 1991).

Si l'attachement adulte se distingue de l'attachement chez l'enfant par la diversité des attachements actuels (amoureux et interpersonnel) et passés (parental), il s'en différencie également par l'investigation du modèle d'attachement des sujets. Chez l'enfant, l'investigation peut se faire par l'observation directe des comportements tandis que chez l'adulte, nous devons investiguer des modèles internes opérants qui sont en grande partie inconscients. Aussi, nous ne pouvons pas rendre compte de ces modèles directement par l'observation. Chaque approche de l'attachement adulte a trouvé une alternative à cette difficulté: l'approche développementale a utilisé la notion de *stratégies d'attachement* (Main, 1990; Cassidy & Kobak, 1988; Kobak *et al.*, 1993; Pierrehumbert *et al.*, 1996) et l'approche psychosociale, la notion de *styles d'attachement* (Hazan & Shaver, 1987; Bartholomew & Horowitz, 1991; Shaver & Mikulincer, 2002 a, 2002 b). Ces deux notions distinctes permettent d'investiguer directement le type d'attachement des sujets et de capter indirectement leurs modèles internes opérants (Pierrehumbert *et al.*, 1996; Hazan & Shaver, 1987; Bartholomew & Horowitz, 1991).

Nous allons définir dans cette partie les notions de stratégies d'attachement et de styles d'attachement chez l'adulte ainsi que leurs liens avec les modèles internes opérants. Ces *stratégies et styles d'attachement* renvoient à des «niveaux différents» de l'attachement adulte et permettent tout deux une investigation des *modèles internes opérants*.

3.2 Les stratégies d'attachement de l'adulte : perspective développementale

Pour Vinay (2001), la notion de stratégies d'attachement peut être envisagée à partir de deux définitions de la stratégie. D'une part, la stratégie peut être définie comme un ensemble planifié de moyens afin d'atteindre un objectif précis. Les moyens mis en œuvre peuvent être des actions, des comportements et/ou des opérations cognitives (Manço, 1999). D'autre part, la stratégie consiste en une procédure permettant d'opérer une sélection parmi les options disponibles ou d'en construire de nouvelles.

La stratégie d'attachement est une notion initialement développée chez l'enfant par Main (1990) pour rendre compte des différences comportementales observées chez l'enfant de 12 à 24 mois dans la *situation étrange* (Ainsworth *et al.*, 1976). Aussi, les différences comportementales s'expliquent par l'instauration de stratégies adaptées aux réponses maternelles permettant au sujet de continuer à promouvoir l'attachement. Main (1990) distingue une *stratégie primaire* et des *stratégies secondaires*. La stratégie primaire est celle développée lorsque l'attachement de l'enfant est sécurisé; elle exprime le système comportemental d'attachement de l'enfant présent dès la naissance, qui se maintient si la mère répond de manière adéquate aux besoins d'attachement de l'enfant. Quant aux *stratégies secondaires*, elles n'interviennent qu'à condition que la mère ne réponde pas de manière adéquate aux besoins d'attachement de l'enfant. Les stratégies secondaires peuvent être considérées comme les rétroactions du système d'attachement initial défini par Bowlby (1984). A partir des rétroactions (évaluation et régulation des effets de l'action en fonction du système comportemental initial)¹³, le système d'attachement s'adapte et « *se corrige* » constamment vis-à-vis de l'environnement pour atteindre ou maintenir l'objectif initial de proximité.

Les *stratégies secondaires* (Main, 1990) renvoient aux catégories d'attachement insécure de la *situation étrange*. D'une part, nous avons les enfants catégorisés *insécure-évitants* qui inhibent leur système d'attachement, c'est-à-dire qu'ils détournent leur attention de la figure d'attachement et renoncent à faire appel à elle en cas de besoin. Ce renoncement permet au parent d'être moins hostile à son égard; en conséquence, ce dernier est plus apte à apporter du réconfort. D'autre part, nous avons les enfants catégorisés *insécure-ambivalents* qui « hyperactivent » leur système d'attachement, c'est-à-dire qu'ils demandent du réconfort à la figure d'attachement de manière constante, voire chronique. Ces enfants apprennent qu'il faut manifester une détresse continue pour obtenir de la figure d'attachement, l'attention souhaitée. Mais si les stratégies secondaires sont moins efficaces pour l'enfant, elles lui permettent néanmoins de préserver indirectement son objectif initial: la recherche de la proximité affective.

¹³ La rétroaction (ou feed-back) est le processus qui évalue et régule les effets présents de l'acte accompli en fonction de la consigne initiale (Bowlby, 1978a).

3.2.1 Stratégies d'attachement : Investigation des M.I.O

Cette notion de stratégies d'attachement, empruntée à l'attachement chez l'enfant, est investiguée chez l'adulte pour avoir accès aux modèles internes opérants (M.I.O), inaccessibles par l'observation et majoritairement inconscients (Pierrehumbert *et al.*, 1996). Aussi, en se référant à la notion de stratégies d'attachement (Main, 1985; Cassidy & Kobak, 1988; Kobak *et al.*, 1993), Pierrehumbert *et al.* (1996) pensent que les modèles internes opérants peuvent être évalués indirectement d'un point de vue conscient.

Pour Pierrehumbert *et al.* (1996), le recours à la notion de stratégies d'attachement permet de prendre en compte uniquement *le niveau sémantique* des modèles internes opérants (M.I.O). Selon Bowlby (1984), seul le niveau sémantique (correspondant aux représentations généralisées et élaborées des expériences d'attachement) des modèles internes opérants est accessible à la conscience du sujet contrairement au *niveau épisodique* (registre davantage inconscient du M.I.O correspondant aux informations liées à l'expérience vécue). Il s'agit de souvenirs d'épisodes spécifiques factuels et émotionnels de la vie de la personne¹⁴. Aussi, l'idée de s'intéresser à l'existence de stratégies d'attachement (c'est-à-dire à l'existence de stratégies relationnelles) permet de s'en tenir à un niveau sémantique puisque ne sont prises en compte que les représentations générales que le sujet a vis-à-vis de ses relations interpersonnelles et de ses besoins émotionnels. Par la notion de stratégies, nous n'avons pas besoin d'investiguer des épisodes singuliers et spécifiques de l'expérience vécue qui demeurent majoritairement inconscients (niveau épisodique). En outre, pour Pierrehumbert *et al.* (1996), les stratégies d'attachement permettent de capter les modèles d'attachement de l'adulte (M.I.O) décrits par Bowlby (1984). Kobak *et al.* (1993) avaient déjà suggéré que les modèles d'attachement de l'adulte (M.I.O) pouvaient être observés à partir des stratégies d'attachement.

¹⁴ Pour Bowlby (1984), les informations des M.I.O sont stockées sur deux types de mémoire: la *mémoire sémantique* et la *mémoire épisodique* (ou autobiographique). Ces deux types de mémoire ont été définis précédemment par Tulving (1972). Pour Tulving (1972), la *mémoire épisodique* n'enregistre que les informations qui découlent de la propre expérience vécue par le sujet, c'est une mémoire affective et davantage inconsciente. Quant à la *mémoire sémantique*, elle est plus accessible à la conscience et a pour fonction de généraliser et d'interpréter les événements vécus. Selon Bowlby (1984), contrairement à la *mémoire épisodique*, les informations stockées dans cette mémoire peuvent provenir d'autres sources que les événements vécus par le sujet et notamment de ce que le parent a interprété de l'événement.

3.2.2 Stratégies relationnelles et émotionnelles

Au regard de la notion de stratégies d'attachement chez l'adulte, la théorie de l'attachement ouvre un autre horizon théorico-clinique. Cette théorie peut être dorénavant comprise comme une *théorie de la régulation des émotions* (Cassidy & Kobak, 1988; Kobak *et al.*, 1993) ou de la *régulation des affects* (Sroufe, 1996). En fonction de son histoire affective (et principalement parentale), l'individu développe la capacité d'« auto-réguler » ses affects. Aussi, cette régulation des affects - construite dans la petite enfance auprès du donneur de soins (la figure d'attachement) - s'exprime dans toute relation interpersonnelle et sociale. Cette capacité d'« auto-régulation » émotionnelle dépend à la fois de la *qualité des expériences interactives actuelles* (Pour Bowlby, le système d'attachement fonctionne tout au long de la vie, aussi l'individu a toujours besoin de ressentir un sentiment de sécurité auprès de ses proches) et des *expériences internalisées passées* avec les figures d'attachement (Mikulincer, Shaver & Pereg, 2003). Mikulincer *et al.* (2003) ont montré l'impact de mots (comme séparation) ou d'images subliminales portant sur des épisodes de séparations passées (notamment avec les parents) sur les réactions émotionnelles des sujets: hyperactivation des émotions chez certains sujets (anxiété élevée) ou désactivation des émotions chez d'autres sujets (anxiété faible).

Chez l'adulte, les stratégies d'attachement sont considérées comme des *stratégies de régulation émotionnelle et de traitement de l'information émotionnelle* (Cassidy et Kobak, 1988; Kobak *et al.*, 1993; Pierrehumbert, 2000). La stratégie primaire (ou sécuritaire) est considérée comme une stratégie émotionnelle régulée de manière équilibrée. Quant aux stratégies secondaires, elles sont de deux types: d'une part, la *stratégie d'hyperactivation (préoccupée)*, qui correspond au débordement émotionnel et à l'incapacité de traiter des informations de manière adéquate puisque le sujet est envahi par ses émotions; et d'autre part, la *stratégie de désactivation (détaché)*, qui consiste à réprimer les émotions et à inhiber toute information de nature émotionnelle. Il est à noter que la régulation des émotions a une conséquence sur les représentations d'attachement et le fonctionnement mental: elle conduit à un traitement psychique particulier de l'information émotionnelle. Un sujet qui a tendance à inhiber ses émotions (difficulté de régulation des émotions), tend par conséquent à refouler le contenu émotionnel des représentations (souvenirs ou représentations à forte charge émotionnelle).

En s'appuyant sur Kobak *et al* (1993), Pierrehumbert *et al.* (1996) conceptualisent à nouveau la notion de stratégie d'attachement chez l'adulte, en fonction de la place des émotions dans la vie de la personne. Pierrehumbert *et al.* (1996) reprennent également à leur compte la distinction de Main (1990) entre stratégie primaire et stratégie secondaire. Ces distinctions sont les suivantes:

→ *La stratégie primaire* (autonome ou *sécure*) : « [elle] consisterait en modèle équilibré de l'activation et de la désactivation des émotions ». Aussi, face à la séparation (activation de l'anxiété), la personne a un accès libre à l'information et est donc en mesure d'identifier la source de son anxiété (notamment par un travail mental) et de chercher du réconfort. Pouvant affronter la séparation, il peut désactiver l'anxiété.

→ *La stratégie secondaire* : elle est « *bi-polaire* » et consiste, soit en une « désactivation prématurée des émotions » en détournant son attention et en coupant l'accès aux sources de l'anxiété (stratégie détachée), soit en une « *hyperactivation émotionnelle* » (stratégie préoccupée) qui conduit au maintien élevé de l'activation de l'anxiété et à l'« *irruption incontrôlable d'informations, de représentations et de souvenirs* ».

Ces stratégies d'attachement correspondent à des schémas de régulation émotionnelle ayant un impact à la fois dans la vie relationnelle et dans le traitement de l'information relative à l'attachement (Pierrehumbert, 2000). Il existe *trois stratégies d'attachement* car chacune d'elles s'inspire dans sa construction théorique de la classification initiale de Main *et al.* (1985) des modèles d'attachement de l'adulte: *la stratégie primaire renvoie au modèle sécure-autonome; la stratégie secondaire liée à la désactivation émotionnelle renvoie au modèle détaché et la stratégie secondaire liée à l'hyperactivation émotionnelle renvoie au modèle préoccupé.*

Si les stratégies d'attachement s'intéressent aux « *représentations de la personne quant à ses besoins émotionnels* » (Pierrehumbert *et al.*, 1996), l'évaluation de ces stratégies d'attachement (Cassidy & Kobak, 1988; Kobak, 1993) se focalise principalement sur les *considérations de l'attachement adulte selon la perspective développementale* (Main *et al.*, 1985), c'est-à-dire sur les relations d'attachement infantiles avec les parents (« *un point d'accrochage concernait les relations dans l'enfance* »; Pierrehumbert *et al.*, 1996) et sur l'appréciation générale de ses relations à l'âge adulte.

3.3 Styles d'attachement de l'adulte : perspective psychosociale

Bowlby (1984) et ses successeurs (Main *et al.*, 1985; Main, 1991; Bretherton, 1991; Bretherton & Munholland, 1999) conçoivent les modèles d'attachement de l'adulte au regard principalement des expériences infantiles passées. Ainsi, l'organisation cognitive, émotionnelle et relationnelle des M.I.O actuelles de l'adulte renvoie aux premières expériences interactives de l'enfant avec les figures d'attachement (« les donneurs de soins »). Pour ces différents auteurs de *l'approche développementale* (et particulièrement Main *et al.*, 1985), l'attachement chez l'adulte correspond aux représentations, souvenirs et besoins émotionnels issus de l'intériorisation des premières relations affectives. En revanche, les auteurs de la *perspective psychosociale* de l'attachement adulte considèrent que nous ne devons pas tenir compte uniquement du passé et de l'attachement parental. (Hazan & Shaver, 1987; Bartholomew & Horowitz, 1991; Shaver & Mikulincer, 2002 a, 2002 b).

Dans cette optique, les auteurs issus de *l'approche psychosociale* (Hazan & Shaver, 1987; Bartholomew & Horowitz, 1991; Shaver & Mikulincer, 2002 a, 2002 b), ouvrent une nouvelle perspective dans la compréhension de l'attachement adulte par l'intermédiaire de la notion de *styles d'attachement*. Cette notion de styles d'attachement, empruntée initialement à Ainsworth *et al.* (1978) pour rendre compte des comportements d'attachement des enfants dans les relations interactives avec leur mère (dispositif de la *situation étrange*), s'applique à l'âge adulte pour décrire les différences individuelles d'attachement (attentes, pensées, sentiments et comportements) dans les relations interactives actuelles de l'adulte comme *les relations amoureuses* (Hazan & Shaver, 1987) et les *relations interpersonnelles* (Bartholomew & Horowitz, 1991). En outre, la théorie de l'attachement adulte telle qu'elle est définie par *l'approche psychosociale* critique l'équivalence faite par l'approche traditionnelle (approche dite « développementale ») (Main *et al.* 1985; Main, 1991; Bretherton, 1991) entre attachement chez l'adulte et attachement parental et filial (Shaver & Mikulincer, 2002 b).

Bowlby (1978 a, 1978 b, 1984) disait déjà que le système d'attachement fonctionne tout au long de la vie. Aussi, l'adulte recherche continuellement dans son environnement actuel, amoureux et amical - et pas uniquement dans les représentations de ses relations infantiles auprès de ses parents - de la disponibilité, du réconfort et un sentiment de sécurité

(Hazan & Shaver, 1987; Pietromonaco & Barrett, 2000). En outre, à partir des travaux psychosociaux sur l'attachement adulte, les modèles internes opérants (M.I.O) décrits par Bowlby (1984) sont réélaborés et considérés comme multiples. Ces modèles contiennent en mémoire, sous forme de réseaux associatifs et hiérarchiques, la diversité des relations « significatives » pour le sujet, qu'elles soient passées ou actuelles (parents/enfants; partenaires amoureux et plus globalement les relations interpersonnelles) (Pietromonaco & Barrett, 2000; Shaver & Mikulincer, 2002 b; Shaver & Mikulincer, 2009).

Nous allons tout d'abord définir les styles d'attachement de l'adulte. Ensuite, nous nous intéresserons aux liens entre ces styles d'attachement et l'investigation des modèles internes opérants avant de décrire précisément les deux niveaux d'attachement actuels évalués par l'adulte : *l'attachement romantique* (Hazan & Shaver, 1987; Brennan, Clark & Shaver, 1998) et *l'attachement interpersonnel* (Bartholomew & Horowitz, 1991; Griffin & Bartholomew, 1994).

3.3.1 Définition des styles d'attachement de l'adulte

Le terme de « style d'attachement » chez l'adulte est utilisé pour signifier « *l'équivalence fonctionnelle* » à l'âge adulte (Hazan et Shaver, 1987; Perdereau et Atger, 2002) du système d'attachement décrit initialement chez l'enfant par Bowlby (1978 a). En effet, le système d'attachement ne concerne pas uniquement l'enfance puisqu'il continue à fonctionner tout au long de la vie (1976 b, 1984). En ce sens, les styles d'attachement à l'âge adulte sont constitués (Shaver & Mikulincer, 2002 a, 2009) - comme chez les enfants dans la situation étrange - de comportements et de sentiments ayant pour objectif la recherche du sentiment de sécurité auprès des figures relationnelles actuelles. A l'instar de l'enfant, les styles d'attachement correspondent à des différences individuelles générales et stables pouvant être examinées empiriquement par l'observation (Shaver & Mikulincer, 2009). Pour Shaver et Mikulincer (2002 a, 134), les styles d'attachement sont des « *patterns systématiques d'attentes, de besoins, d'émotions, de stratégies de régulation émotionnelle et de comportement social qui résultent de l'interaction du système d'attachement avec une histoire particulière des expériences d'attachement* ».

Il est à noter que les styles d'attachement renvoient à des processus conscients, observables et interactifs (Shaver & Mikulincer, 2002 a, 2002 b). Ils sont interactifs car ils s'observent dans la relation actuelle avec un objet extérieur (partenaires amoureux, relations interpersonnelles). Aussi, la conceptualisation du style d'attachement est davantage conscient, interpersonnel et interactif qu'intrapsychique (Shaver & Mikulincer, 2002 a, 2002 b). L'étude des modes de relations interactives, plutôt que des modes de relations internalisées au sein du fonctionnement mental, est liée au postulat des psychosociologues : la construction de l'individu et de son identité est pensée au regard de la relation interactive avec les autres individus et avec l'environnement social. Néanmoins, les psychosociologues de l'attachement estiment et ont montré que les styles d'attachement, observables empiriquement, permettent d'inférer des modalités psychiques inconscientes et défensives de l'attachement (Shaver & Mikulincer, 2005).

3.3.2 Styles d'attachement : investigation des M.I.O

La prise en compte des relations d'attachement spécifiques de l'adulte invite à reconsidérer les modèles internes opérants décrits par Bowlby (1984) et les développementalistes (Main, 1985, 1990; Bretherton, 1990). En effet, la notion classique des M.I.O construite par Bowlby (1984) et les développementalistes est certainement discutable (Shaver et Mikulincer, 2002 a). Les notions de schémas cognitifs (inspirés par Piaget) et de hiérarchie des modèles (la mère en priorité et ensuite éventuellement les autres), ne tiennent pas compte de la multiplicité des modèles (mère/enfant, père/enfant, conjoints ou autres) qui guident les représentations d'attachement de l'adulte.

Bowlby (1984) insiste sur la construction de modèles internes opérants de soi (plus ou moins digne d'être aimé) et de la figure d'attachement, formés dans le contexte des relations parents/enfants dans la prime enfance, qui auraient un impact dans les relations à l'âge adulte. Pour Pietromonaco & Barrett (2000), les M.I.O « opèrent » tout au long de la vie et sont activés en permanence en fonction de différentes relations qui apportent un sentiment de sécurité. Ainsi, si l'objectif du système d'attachement est le lien affectif et le sentiment de sécurité (Bowlby, 1978 a, 1978 b, 1984; Pietromonaco & Barrett, 2000), ceux-ci peuvent être apportés à l'âge adulte par le partenaire amoureux ou d'autres personnes de son entourage. En fonction de ce sentiment de sécurité, le sujet va modifier ou élaborer d'autres croyances sur

soi et les autres, donc d'autres modèles internes opérants (M.I.O) en fonction de contextes différents et de relations nouvelles.

Ainsi, Shaver & Mikulincer (2002 b, 2009) s'appuient sur la *théorie des processus d'informations d'Anderson* (1994) pour conceptualiser la notion de modèles internes opérants multiples, qui prennent en compte la diversité des relations d'attachement à l'âge adulte. Cette théorie, issue du connectivisme, considère les informations comme un ensemble de réseaux associatifs qui s'activent en fonction du contexte et des expériences récentes. Le contexte actuel, par l'effet du système de réseau associatif, réactive des expériences précoces. En permanence, les expériences actuelles sont mises en relation avec des expériences anciennes déjà intégrées dans le réseau. Néanmoins, plus les expériences ont été répétitives, plus elles constituent des tendances centrales du réseau ressemblant à des modèles généraux : et c'est certainement le cas, en partie, des expériences infantiles qui expriment une certaine régularité. Mais ces tendances centrales peuvent être modifiées par des facteurs contextuels qui sont en inadéquation avec ces tendances. Les modèles internes sont dynamiques et en mesure d'être modifiés mais à condition que les expériences ne les confirment pas. Cette conception du modèle signifie que les différentes relations d'attachement (parentales, amoureuses et interpersonnelles) sont distinctes (d'où la légitimité de séparer le modèle des parents et le modèle du conjoint) mais peuvent être associées par un ensemble de réseaux associatifs.

Harris, Simpson & Rholes (cités par Shaver & Mikulincer, 2002 b) avaient développé l'idée de modèles internes opérants multiples en distinguant le modèle des parents et le modèle des relations amoureuses dites « romantiques ». Ensuite, le courant psychosocial de l'attachement, en s'inspirant du *connectivisme* représenté par Anderson (1994), décrit les modèles internes opérants comme de multiples niveaux différents, du général (les tendances centrales issues des relations d'attachement les plus importantes) aux attachements spécifiques (parents/enfants, partenaires amoureux et autres). En effet, les M.I.O correspondent à l'intériorisation des différentes relations d'attachement et sont hiérarchisés en fonction de la fréquence, de l'importance de chacune des relations d'attachement spécifiques, mais aussi des liens (des connexions) de chaque relation avec les autres relations d'attachement existantes au sein des M.I.O. (Collins & Read, 1994; Pietromonaco & Barrett, 2000; Shaver & Mikulincer, 2002 b; Shaver & Mikulincer, 2009). Plus les modèles de relations sont activés, plus ils se consolident, tendent à être automatiques et inconscients et

ont un impact sur les processus psychologiques et la personnalité (Bowlby, 1984; Waters *et al.*, 2000; Fraley, 2002).

3.3.3 Attachement romantique

Nous devons à Hazan & Shaver (1987), les premières idées d'une théorie de l'attachement spécifique de l'adulte basée sur la relation amoureuse. Ce sont les premiers à parler de styles d'attachement chez l'adulte et à entrevoir d'autres relations d'attachement que celles vécues avec les parents.

Bowlby (1984) déjà avait évoqué l'importance de l'attachement amoureux à l'âge adulte à partir de la perte douloureuse du conjoint, dont les différentes séquences comportementales ressemblent fort à celles qu'il avait décrites à propos de la perte de la mère chez l'enfant. Chez l'adulte endeuillé, on retrouve également les trois grandes phases observées chez l'enfant (*protestation, désespoir et détachement*) à quelques nuances près : une séquence préalable d'*engourdissement* (décès non réalisé), quant à la séquence de détachement, elle est complexifiée et modifiée au regard des capacités de représentation de l'adulte (Bowlby appelle cette phase *désorganisation ou réorganisation suivant le travail de deuil élaboré par l'adulte* que le tout jeune enfant n'est pas en mesure de réaliser).

En partant de l'idée de Bowlby (1978 a, 1978 b, 1984), sur la continuité du système d'attachement à l'âge adulte et tout au long de la vie, Hazan et Shaver (1984) développent la notion d'attachement « *romantique* » (l'attachement dans les relations amoureuses). Pour ces auteurs, l'attachement adulte se noue auprès du partenaire amoureux au même titre que l'attachement de l'enfant se construit auprès de ses parents. Hazan et Shaver (1984) partent de l'idée d'une équivalence fonctionnelle entre le lien d'attachement tissé entre deux partenaires et celui développé entre l'enfant et son donneur de soins (caregiver). Ces deux types de lien font partie pour Hazan & Shaver (1987) d'un même système motivationnel : *le système d'attachement*. Ils illustrent ce parallèle à partir de certains comportements et sentiments similaires : se sentir en sécurité lorsque le partenaire est disponible et répond à notre détresse, se sentir engagé dans l'intimité et le contact, se sentir en insécurité lorsque le partenaire est inaccessible, avoir un « *langage bébé* ».

Ces comportements et sentiments similaires sont à la recherche du même objectif : le sentiment de sécurité et la régulation émotionnelle. Si à l'instar de l'enfant, il existe plusieurs systèmes motivationnels comme le système d'attachement et le système de caregiving (*donneur de soins*), il reste un système motivationnel propre à l'adulte, le système de la sexualité (Hazan & Shaver, 1987). D'ailleurs, les comportements sexuels diffèrent en fonction des styles d'attachement romantiques (amoureux) : les personnes insécures ambivalentes éprouvent davantage de plaisir dans la tendresse que dans la sexualité (Hazan *et al.*, 1994) alors que les personnes insécures-évitantes recherchent davantage la sexualité et acceptent davantage d'avoir des relations sexuelles en l'absence de sentiments (Brennan et Shaver, 1995).

Pour Hazan & Shaver (1987), les styles d'attachement romantiques représentent les « *pensées, sentiments et comportements dans les relations amoureuses* ». Ils dépendent de différents aspects de ces relations : la protestation à la séparation, l'ambivalence, la communication, l'évitement, la perception des partenaires, l'attachement amoureux actuel, l'aliénation, la peur du rejet, la jalousie, la peur de l'abandon et la recherche de proximité (Hazan & Shaver, 1987; Brennan, Clark & Shaver, 1998).

Compte tenu de l'existence à la fois chez l'enfant et chez l'adulte du système d'attachement, Hazan & Shaver (1987) estiment que devraient être retrouvées chez l'adulte les mêmes différences individuelles que celles observées dans les styles d'attachement des enfants dans le paradigme de la situation étrange (Ainsworth *et al.*, 1978). Aussi, les styles d'attachement romantique définis initialement par Hazan & Shaver (1987), reprennent ceux existant chez l'enfant et se distinguent comme ceci :

→ *styles d'attachement sécure (60%)* : ce sont des personnes qui n'ont aucune difficulté à devenir intimes et à faire confiance à leur partenaire.

→ *styles d'attachement évitant (20%)* : ce sont des personnes qui souhaitent échapper à la dépendance affective. Elles ne sont pas à l'écoute de leurs propres besoins d'attachement, ni à ceux du partenaire. Elles n'arrivent pas à être proches des autres et n'apprécient pas non plus que l'on devienne trop intime avec elles.

→ *styles d'attachement ambivalent (20%¹⁵)* : ce sont des personnes qui ont des demandes affectives démesurées qui les mènent à la frustration ou à une inquiétude concernant la relation. Ces personnes ont peur d'être abandonnées et remettent en question de manière incessante la sincérité de l'amour de l'autre (cette attitude conduit à la jalousie, au soupçon, au contrôle, voire à la domination).

Il est retrouvé la même distribution dans les styles d'attachement chez les adultes que chez les enfants : sécure (60%), évitant (20%) et ambivalent (20%). Cependant, deux critiques sont formulées : la première est que les critères psychométriques sont médiocres (Brennan, Clark & Shaver, 1998; Perdereau et Atger, 2002) et la seconde - qui est à la source de la première critique - est que le lien entre les styles d'attachement chez l'enfant et chez l'adulte n'a pas été testé empiriquement puisqu'il ne renvoie qu'à une considération d'ordre théorique (Bartholomew & Horowitz, 1991; Griffin & Bartholomew, 1994; Brennan, Clark & Shaver, 1998).

Suite aux travaux de Bartholomew et d'Horowitz (1991) puis de Brennan, Clark et Shaver (1998), deux dimensions fondamentales de l'attachement romantique ont été observées d'un point de vue statistique : *l'attachement relatif à l'anxiété et l'attachement relatif à l'évitement*. Les styles d'attachement de l'adulte renvoient davantage à une analyse dimensionnelle (degré d'anxiété et degré d'évitement) que catégorielle (sécure, détaché et ambivalent). Dans l'attachement romantique, la dimension de l'évitement renvoie à l'inconfort dans l'intimité et la dépendance, alors que la dimension de l'anxiété renvoie à la peur de l'abandon (Brennan, Clark et Shaver, 1998). Ces deux dimensions permettent de rendre compte d'un quatrième pattern d'attachement (Bartholomew, 1991; Brennan, Clark et Shaver, 1998) correspondant à la division du style évitant en deux styles distincts : le style détaché et le style craintif. Le style craintif de l'attachement adulte est similaire au style désorganisé-désorienté de l'enfant décrit par Main et Salomon (1990). Cette distinction entre style détaché et craintif (Fraley et Shaver, 1997) concerne les liens entre l'évitement et la défense : les personnes ayant un style détaché arrivent à supprimer les pensées et les émotions en désactivant l'attachement tandis que les personnes ayant un style craintif échouent dans leurs tentatives de désactivation et de détournement de l'attachement (stratégies défensives).

¹⁵ Les pourcentages en fonction des styles d'attachement romantique sont cités par Brennan, Clark & Shaver (1998).

Les quatre nouveaux styles d'attachement romantique (sécure, détaché, préoccupé et craintif) sont évalués à partir des deux dimensions de l'anxiété et de l'évitement (voir tableau ci-dessous) :

Tableau 3 : Les styles d'attachement romantique selon les deux dimensions d'évitement et d'anxiété (Brennan, Clark & Shaver, 1998)

<u>Les dimensions d'attachement :</u> Evitement = peur de l'intimité et de la dépendance Anxiété = peur d'être abandonné	Evitement faible	Evitement élevé
Anxiété faible	<i>Style d'attachement romantique sécure</i>	<i>Style d'attachement romantique détaché</i>
Anxiété élevée	<i>Style d'attachement romantique préoccupé</i>	<i>Style d'attachement romantique craintif</i>

3.3.4 Attachement interpersonnel

Un second courant d'idées, représenté par Bartholomew et Horowitz (1991), tente de redéfinir l'attachement adulte. Il s'agit pour les auteurs d'apporter une validation empirique de la théorie de l'attachement chez l'adulte en fonction des différents travaux existants (Ainsworth *et al.*, 1978; Hazan & Shaver, 1987) et des idées de Bowlby (1984) sur la description des modèles internes opérants (M.I.O) qui guident les relations d'attachement à l'âge adulte.

Tout d'abord, pour Bartholomew et Horowitz (1991), les modalités de l'attachement adulte d'un sujet se retrouvent dans tout type de liens, dans tout type de relations interpersonnelles. Pour ces auteurs, la relation interpersonnelle est nécessairement anticipée et colorée en fonction des expériences antérieures du sujet.

Ensuite, pour Bartholomew (1991), il s'agit de trouver une méthodologie commune pour définir les styles d'attachement de l'adulte à partir des considérations théoriques et méthodologiques diverses existantes. En effet, tous les auteurs ne s'accordent pas pour définir

le même nombre de catégories ou de dimensions d'attachement (Griffin et Bartholomew, 1994). Pour Griffin et Bartholomew (1991), au-delà d'analyses statistiques indispensables pour définir les sous-types d'attachement, la conceptualisation et l'évaluation de l'attachement adulte doivent être sous-tendues par une position théorique centrale. C'est à partir de cette condition nécessaire que le choix de la conceptualisation de l'attachement adulte pourra s'effectuer (Griffin et Bartholomew, 1994). Les phénomènes étudiés sont fonction de la construction théorique de l'attachement adulte.

Pour Bartholomew et Horowitz (1991), la position théorique centrale de l'attachement adulte doit se baser sur la notion de Modèle Interne Opérant de Bowlby (1984) qui correspond au modèle de représentations de l'attachement adulte. Ce Modèle Interne Opérant guide d'une certaine manière l'interprétation du monde ainsi que le comportement adopté tout au long de la vie (Bowlby, 1984; Miljkovitch, 1998). Les modèles internes opérants, constitués d'un *modèle de soi* et d'un *modèle de la figure d'attachement (et par extension d'autrui)*, ont un aspect dynamique et sont fonction pour Bowlby (1976 b) de la disponibilité ou de la confiance apportée par la figure d'attachement. En effet, les personnes intériorisent leurs expériences sous forme de M.I.O de soi et des autres. Pour Bartholomew & Horowitz (1991) & Bartholomew (1993), les modèles internes opérants de soi et des autres constituent des modèles de représentations qui ont un rôle majeur et « opérant » dans les attentes, la perception et la considération positive ou négative des relations interpersonnelles et sociales ultérieures.

Bartholomew systématise la conception des M. I. O de Bowlby (1984) pour définir les quatre styles d'attachement guidant les relations interpersonnelles, en fonction du *modèle de soi* et du *modèle de l'autre*. Ces styles d'attachement issus des M.I.O sont des *prototypes idéaux* : l'individu correspond à des degrés divers à un idéal théorique (Griffin & Bartholomew, 1994). Ces conceptions théoriques du modèle de soi et du modèle de l'autre renvoient successivement à deux dimensions empiriques et mesurables de l'attachement dans les relations interpersonnelles : l'anxiété et l'évitement (deux dimensions déjà évoquées pour l'attachement romantique). Pour Bartholomew & Horowitz (1991), le modèle de soi est lié au degré de dépendance et d'anxiété alors que le modèle de l'autre est lié au degré d'évitement des relations. En fonction des M.I.O, les auteurs ont défini quatre styles d'attachement correspondant aux quatre combinaisons possibles du *modèle de soi* positif ou négatif et du *modèle de l'autre* positif ou négatif. En outre, Bartholomew et Horowitz (1991) élargissent la

notion d'attachement dans la sphère des relations interpersonnelles puisque ces relations « générales » sont interprétées à partir de l'intériorisation des expériences d'attachement passées (parentales) et actuelles (notamment amoureuses).

Nous décrivons les quatre styles d'attachement de Bartholomew et Horowitz (1991) à partir du tableau récapitulatif de Perdereau et Atger (2002) présenté ci-dessous.

Tableau 4 : Le modèle de l'attachement interpersonnel de Bartholomew et d'Horowitz (1991) inspiré des M.I.O de Bowlby (1984)

Modèle de l'attachement adulte de Bartholomew (1991)	Modèle de soi positif	Modèle de soi négatif
Modèle de l'autre positif	Style d'attachement Sécure : <ul style="list-style-type: none"> - Bonne estime de soi - Confiance - Saine dépendance vis-à-vis d'autrui 	Style d'attachement préoccupé : <ul style="list-style-type: none"> - Anxiété dans les relations interpersonnelles - Désir d'être approuvé par les autres - Manque de confiance - Préoccupé par les relations - Solitude
Modèle de l'autre négatif	Style d'attachement détaché : <ul style="list-style-type: none"> - Evite l'intimité - Manque de confiance - Valorise l'indépendance - Valorise la réussite 	Style d'attachement craintif : <ul style="list-style-type: none"> - Faible estime de soi - Manque de confiance -Anxiété dans les relations interpersonnelles - Recherche de contact et de l'intimité - Désir d'être approuvé par les autres. - Solitude - Colère, Hostilité.

Ainsi, les styles d'attachement de l'adulte ont permis de considérer deux niveaux d'attachement complémentaires à l'attachement construits dans l'enfance auprès des parents : l'attachement amoureux (romantique) et l'attachement interpersonnel. Cette conception des styles d'attachement a aussi élargi et participé à la réélaboration de la notion de modèles internes opérants de Bowlby (M.I.O) en intégrant l'ensemble des relations d'attachement de l'adulte (relations amoureuses et interpersonnelles).

Nous allons expliquer maintenant en quoi le modèle de l'attachement éclaire la psychopathologie dépressive et constitue en tant que tel un des facteurs de vulnérabilité psychologique à la dépression.

4. L'ATTACHEMENT COMME MODELE DE VULNERABILITE A LA DEPRESSION

4.1 La notion de vulnérabilité

4.1.1 La vulnérabilité en psychopathologie

La notion de vulnérabilité en psychopathologie et en médecine est complexe (Jouvent & Widlöcher, 1994; Godeau, 2002; Bouisson & Boucaud, 2003). Le concept de vulnérabilité provient du latin *vulnerabilis* (« qui blesse »); il est utilisé dans le langage commun pour désigner la fragilité (Godeau, 2002), « *la faiblesse, la déficience, l'hypersensibilité à partir desquelles l'intégrité d'un être, d'un lieu se trouve menacée d'être détruite, diminuée ou altérée* » (Bouisson & Boucaud, 2003, p 491). Le concept de vulnérabilité est présenté à la fin des années 70 comme un concept scientifique nouveau à explorer (Anthony, Chiland & Koupernic, 1982). Il trouve sa première application clinique en psychologie et en psychiatrie de l'enfant. La notion de vulnérabilité conduit à un regard spécifique vis-à-vis de la science appliquée (plus particulièrement médicale), de la méthodologie scientifique et de la psychopathologie. Le modèle de vulnérabilité en médecine et en psychopathologie consiste d'une part, à considérer et à identifier une multiplicité de facteurs (biologiques, psychologiques, environnementaux) en lien avec la maladie ou le trouble clinique et, d'autre part, à isoler respectivement et rigoureusement chacun de ces facteurs. L'idée est que l'ensemble des facteurs identifiés sont liés entre eux mais avec des niveaux d'importance différents dans l'explication de la pathologie (Bouisson & Boucaud, 2003).

4.1.2 La vulnérabilité dépressive

Interroger la question de la vulnérabilité dans le cadre de la pathologie dépressive est particulièrement fructueuse car une grande majorité des cliniciens et chercheurs s'accorde à reconnaître le déterminisme multifactoriel (biologique, psycho-affectif, cognitif et social) du syndrome dépressif (Widlöcher, 1983; Lôo, 1984; Poirier & Lôo, 1995; Chahraoui *et al.*, 2000; Purper-Ouakil *et al.*, 2002; Gorwood, 2011). En effet, « *les hypothèses psychobiologiques et psychopathologiques s'entrelacent de manière si intime qu'il est difficile*

de proposer pour la dépression un modèle explicatif unique » (Lôo, 1984). En reprenant les termes de Widlöcher (1983), la dépression obéit à différentes « logiques », c'est-à-dire à différents niveaux d'explications théorico-cliniques qui se complètent et sont en interaction (conceptions biologiques, psychanalytiques, cognitives). Aussi, la dépression doit être interrogée en fonction et à partir de l'intégration des différents modèles étiopathogéniques (Chahraoui *et al.*, 2000).

Les formes distinctes de dépressions décrites par Kraepelin (1899, 1915) montraient déjà l'origine plurielle de la dépression : a-t-elle une origine biologique ou psychologique? Depuis Kraepelin, la tradition psychiatrique avait opposé la mélancolie comme étant une dépression endogène (liée à des facteurs constitutionnels) à la dépression névrotique comme étant une dépression psychogène liée aux événements de vie et aux tensions psychiques au sein de la personnalité (Widlöcher, 1983; Morel, 1996). A partir du DSM III (1987), cette opposition classique disparaît et les différents troubles dépressifs sont regroupés. Malgré le regroupement des différents troubles dépressifs, nous avons continué à penser que les dépressions mélancoliques ou les plus sévères sont associées à des facteurs biologiques et génétiques tandis que les dépressions les moins sévères sont associées à des facteurs psychologiques (Gorwood, 2011). Suite aux travaux récents (Brown & Harris, 1994; Kendler, 1997, Gorwood, 2011), cette distinction est remise en cause car toute dépression est liée, quelle que soit sa sévérité, à des facteurs biologiques et psychologiques, même si ces facteurs, pris individuellement, sont d'importance variable. Aussi, il n'y pas d'étiologie ou de modèle explicatif unique de la dépression ou des « dépressions » (selon leur forme ou leur sévérité). Ces travaux permettent de conforter la notion de vulnérabilité dépressive : c'est-à-dire savoir appréhender et expliquer la psychopathologie de la dépression de manière plurielle et complexe à partir de l'importance respective de différents facteurs, de « différentes vulnérabilités » (biologiques, psychologiques et sociales).

Quant à la vulnérabilité psychologique de la dépression plus particulièrement, elle renvoie à l'étude des « événements de vie » (Hardy *et al.*, 2003) du déprimé et aux explications psycho-dynamiques (psychanalyse, théorie de l'attachement) et cognitives de la dépression (Poirier & Lôo, 1995). La vulnérabilité psychologique de la dépression est associée à différentes problématiques, issues successivement de ses différents modèles théoriques, comme le *type de réaction à la perte de l'objet aimé* (Abraham, 1911; Freud, 1915; Bowlby, 1984) ou le *développement dans l'enfance de schémas dysfonctionnels*

renvoyant à des pensées automatiques négatives sur soi, le monde et le futur (Beck, 1963, 1967, 1976). En effet, *l'existence de pertes affectives récentes et précoces* se retrouve de manière plus significative chez les sujets déprimés. Quant au vécu psychologique de la perte chez le déprimé, il est lié à des facteurs internes tels que *la faible estime de soi, la fragilité des objets internes et le sentiment d'insécurité affective*. En ce qui concerne les schémas dysfonctionnels du déprimé, ils renvoient à des modèles cognitifs construits dans l'enfance sur la base des premières relations vécues avec les parents. A partir de ses modèles, le sujet déprimé interprète le monde et le futur de manière négative (« pensées automatiques »), même si ses modèles fondés sur des croyances ne sont pas adéquats et ne correspondent pas à la réalité. Ces différents liens existants entre la dépression et les différents modèles explicatifs sont développés de manière détaillée dans le chapitre 1.

La vulnérabilité psychologique interroge aussi *de facto* la question de la personnalité du sujet déprimé (modalité intra-psychique, affective et relationnelle stable) dans ses interactions entre les facteurs biologiques et les événements de vie (Jouvent & Widlöcher, 1994). Cela permet de relier la pathologie dépressive, trouble clinique de l'axe I, au trouble de la personnalité (Axe II). Jouvent & Widlöcher (1994) évoquent notamment deux modèles de la personnalité. Le premier est celui du tempérament et des traits de personnalité. Dans ce modèle, la personnalité est davantage une disposition innée (ex : la réactivité émotionnelle spécifique du déprimé) (Akyskal, 1983; Eysenck, 1983) avec quelques modifications du comportement provenant de l'environnement. Ce sont les patterns biologiques qui sont recherchés et qui sont les plus fondamentaux dans ce modèle. Le second modèle, inspiré par la théorie psychanalytique, est celui de l'organisation psycho-dynamique de la personnalité (Bergeret, 1975). Dans la dépression d'organisation névrotique, la douleur dépressive est associée à la perte, au deuil de l'objet aimé. Dans la dépression d'organisation limite, la douleur dépressive n'est pas associée au deuil de l'objet aimé-perdu, mais à la « misère narcissique », à cette impossibilité interne pour le sujet de « vivre » sans un objet sur lequel il puisse constamment s'« appuyer ». Ce rôle de la personnalité dans la dépression a été plus amplement détaillé dans le chapitre 1. Quant au rôle plus spécifique de l'attachement comme facteur de personnalité dans la pathologie dépressive, ce point sera développé dans la partie 4 - 5 de ce chapitre intitulé « Dépression, Attachement et Personnalité » (page 67).

4.1.3 : La place du modèle d'attachement dans la vulnérabilité dépressive

En ce qui concerne la théorie de l'attachement définie initialement par Bowlby (1978 a, 1978 b, 1984), nous pensons qu'elle constitue un modèle de vulnérabilité psychologique fructueux pour la compréhension de la dépression. Elle permet d'ouvrir une réflexion psychopathologique en interrogeant les différentes problématiques suivantes qui font le « lit » de la dépression : 1) *la rupture/ la perte de l'objet d'amour externe* (Bowlby, 1984; Brown & Harris, 1994), 2) *la réaction interne et subjective de la perte de l'objet aimé* (Freud, 1915; Seligman, 1973; Bowlby, 1984), 3) *la construction d'un modèle de soi négatif lié à l'intériorisation d'expériences infantiles insécurisantes avec la famille d'origine*, 4) *la difficulté pour le sujet de réguler ses émotions de manière équilibrée et de traiter de manière cohérente et équilibrée ses expériences d'attachement*. Ces différentes problématiques psychologiques liées au modèle de l'attachement sont retrouvées dans plusieurs modèles explicatifs comme la théorie psychanalytique, la théorie cognitive et dans les études portant sur les événements de vie.

Le modèle de l'attachement peut aussi être considéré plus généralement comme un modèle de personnalité rendant les sujets plus ou moins vulnérables à la pathologie dépressive. En effet, à l'instar de la personnalité, l'attachement renvoie à des modalités durables concernant la cognition (la perception et l'image de soi et d'autrui sont issues des modèles internes opérants), l'affectivité (manière spécifique de réguler les émotions et de traiter les expériences affectives) et les relations interpersonnelles (l'appréhension et l'établissement des relations interpersonnelles à l'âge adulte sont fonction des relations affectives dans l'enfance auprès des figures parentales).

Nous allons traiter les différents aspects de la vulnérabilité au regard du modèle de l'attachement et distinguer ensuite les différents niveaux de l'attachement adulte (attachement infantile parental, attachement amoureux, attachement interpersonnel) dans leur lien respectif avec la pathologie dépressive.

4.2 Dépression : pertes et séparations

4.2.1 Pertes et séparations

Le rôle des pertes et des séparations des objets d'amour ont été soulignés de manière prépondérante dans la dépression. Ce sont les psychanalystes Abraham (1911) et Freud (1915) les premiers qui ont considéré la dépression comme étant une psychopathologie caractéristique de la perte et du deuil de l'objet aimé. Pour Freud (1915), ce lien entre dépression et perte était justifié par l'expérience de la clinique dépressive. En effet, Freud (1915) constate des similarités cliniques entre les symptômes dépressifs (symptômes que Freud associa plus particulièrement à la mélancolie) et les manifestations du deuil. Ces manifestations et symptômes sont les suivants : suspension de l'intérêt pour le monde extérieur, inhibition de toute activité, perte de la capacité d'aimer, présence d'une douleur psychique profonde.

➔ Les études épidémiologiques

Depuis les premiers travaux d'Abraham (1911) et de Freud (1915), l'ensemble des études épidémiologiques s'intéressant à l'impact des événements de vie ont confirmé empiriquement le lien entre la dépression et les expériences de perte et de séparation, que ces expériences soient récentes, c'est-à-dire proches du déclenchement de la pathologie dépressive, ou précoces (séparations ou pertes ayant eu lieu dans l'enfance du sujet déprimé).

Concernant les événements de vie récents, les études épidémiologiques (Chahraoui, 2006) montrent un lien temporel étroit (quelques jours à quelques mois) entre l'existence d'événements de perte et de séparation et le déclenchement du premier épisode dépressif (Amiel Lebigre, 1996; Brochier & Olié, 1993; Brown & Harris, 1978; Paykel, 1983). Paykel (1974) indique trois fois plus d'événements défavorables dans les six mois qui précèdent la dépression mais ce sont surtout les événements de pertes et de séparations qui constituent un aspect cumulatif dans le déclenchement de la dépression. Une étude prospective de Zizook *et al.* (1992) réalisée auprès de 350 veufs et veuves durant la première année de deuil permet d'observer la présence d'un syndrome dépressif dans 25% des cas au 2^{ème} mois qui suit le

décès du conjoint (ou de la conjointe), dans 23% des cas au 7^{ème} mois et dans 16% des cas au 12^{ème} mois. Seulement 4% de l'échantillon contrôle présentent un syndrome dépressif au 12^{ème} mois du deuil. Il est à noter que si nous élargissons la notion de perte comme Freud l'a fait dans *Deuil et Mélancolie* (1915) - pour lui, la perte ne concernait pas uniquement la personne aimée, mais « l'abstraction mise en place, la liberté, un idéal, etc... », aussi, tout objet significatif pour le sujet - nous retrouvons également un lien avec la dépression. Brown & Harris (1978) montrent notamment l'impact de la perte d'un emploi ou l'expulsion de son domicile dans la survenue de la dépression (cités par Bowlby, 1984).

Néanmoins, nous pouvons nous demander si les expériences récentes de séparations et de pertes sont spécifiquement associées au déclenchement de la pathologie dépressive ou si elles peuvent être associées au déclenchement d'autres psychopathologies. Selon la littérature, la présence d'événements de vie négatifs récents peut être liée tout autant à des troubles anxieux ou à d'autres troubles psychiatriques; en revanche, les expériences de pertes affectives actuelles sont davantage liées à une décompensation psychopathologique de type dépressive (Banou *et al.*, 2009; Brown & Harris, 1978).

En ce qui concerne les expériences précoces, de nombreuses études montrent également un lien entre la dépression de l'adulte et l'existence de pertes affectives précoces : la perte des parents (Bowlby, 1984), la perte de la mère avant l'âge de 14 ans (Brown & Harris, 1986; Patten, 1991), de 17 ans (Bifulco *et al.*, 1987) et de séparations précoces (Ferreri *et al.*, 1993; Hardy *et al.*, 2003). La séparation prolongée (plus d'un an) avec un parent durant l'enfance est également un facteur de vulnérabilité dépressive (Brown & Harris, 1977).

Aussi, la dépression est plus souvent associée à l'existence conjointe d'événements de pertes et de séparations récentes et précoces. Cette coexistence élèverait considérablement la probabilité de la dépression. Selon Brown et Harris (1967, 1995), la perte agirait en tant qu'agent provocateur et accroîtrait le risque de développement de perturbations psychologiques. Pour Bifulco *et al.* (1987), la perte de la mère avant l'âge de 17 ans ainsi qu'une absence de soins parentaux dans les suites de la perte constituent des facteurs de vulnérabilité dépressive et accroissent la sensibilité d'un individu à de tels événements à l'âge adulte. Chahraoui *et al.* (2006) considèrent alors que les événements récents du déprimé « *entrent en résonance* » avec des événements plus anciens puisqu'on retrouve plus fréquemment dans les antécédents des déprimés, des séparations précoces, la perte d'un parent

ou une absence parentale (Adam, 1986; Ferreri *et al.*, 1987). Quant à Banou *et al.* (2009), ils estiment qu'il y a « *réactivation* », au moment des pertes récentes, des pertes anciennes et précoces (Banou *et al.*, 2009; Hardy *et al.*, 2003), et c'est cette réactivation qui augmenterait le facteur de risque du déclenchement dépressif. Ainsi, la perte ou la séparation actuelle serait davantage un facteur de décompensation dépressive (Lançon, 2011) tandis que la perte ou la séparation précoce serait davantage un facteur de fragilité et de vulnérabilité précoce à la dépression.

➔ Les conceptions psychodynamiques

Nous allons évoquer les explications psychologiques apportées par les modèles psychodynamiques (modèle psychanalytique et modèle de l'attachement) concernant les liens entre la dépression, la perte et la séparation.

Pour Freud (1915) dans *Deuil et Mélancolie*, la douleur profonde de la dépression est intimement liée à la douleur du deuil, elle fait suite à la perte de l'objet d'amour. Cette douleur, c'est le renoncement dans l'épreuve de réalité à l'investissement libidinal de l'objet aimé. Pour éviter cette douleur, le sujet se détourne de la réalité et fait vivre l'objet dans son désir de manière hallucinatoire. Après cette expérience de déni de la réalité, le sujet fait progressivement son travail de deuil. Ce travail de deuil consiste à désinvestir la libido qui est rattachée à l'objet perdu. Ce désinvestissement libidinal de l'objet conduit à la douleur dépressive. En effet, l'expérience dépressive correspond à l'expérience de déplaisir liée au renoncement de la position libidinale vis-à-vis de l'objet aimé perdu. En outre, la fin de l'épreuve du deuil ou de la dépression consisterait en la capacité de désinvestir l'objet d'amour perdu pour pouvoir investir ultérieurement d'autres objets d'amour.

Plus tardivement, dans *Inhibition, Symptôme et Angoisse* (1926, 1992), Freud remanie ses conceptions quant aux liens entre perte, deuil et dépression. Dans cette nouvelle théorie, ce n'est pas le désinvestissement libidinal qui est à l'origine de la dépression, du deuil et de la douleur de la perte de l'objet aimé (aussi, ce n'est pas la libido qui est première et qui est source d'angoisse et de douleur). C'est au contraire la perte de l'objet aimé en tant que telle qui engendre l'« expérience de déplaisir » (ou insatisfaction libidinale) marquée des affects dépressifs et des réactions propres au vécu du deuil. Dans cette deuxième théorie, nous avons deux réactions successives : la première est celle de l'angoisse (dite « angoisse signal » par

Freud) qui fait suite à la crainte de perdre l'objet aimé. Cette crainte de perdre l'objet d'amour est considérée comme une situation de danger externe et comme une expérience psychique traumatisante. Pour Freud (1926), c'est un danger parce qu'originellement l'enfant seul est démuné et se trouve en situation de dépendance vis-à-vis de la présence d'un objet externe (objet maternel). La deuxième réaction est celle de la dépression et du deuil lorsque la perte de l'objet aimé est effective. C'est suite ces différentes réactions que le danger provenant de l'extérieur (perte de l'objet aimé) devient ensuite un danger interne lié à la libido. Ce danger interne se manifeste par l'angoisse liée à l'accumulation excessive de stimulations naissant de besoins physiques et psychiques insatisfaits. Le sujet a alors tendance à surinvestir l'objet perdu, cette situation de « désirance extrême » le conduit à ressentir une grande douleur et à manifester des affects dépressifs.

Pour Bowlby (1984), à l'instar de Freud (1915, 1926), les expériences dépressives sont associées aux expériences de perte. Quant à l'explication psychologique de la dépression en lien avec la perte, Bowlby (1984) rejoint partiellement la deuxième théorie de Freud évoquée dans *Symptôme, Inhibition et Angoisse* (1926). Pour Bowlby (1984), la douleur dépressive est comparable à la douleur profonde qui fait suite à la perte de l'objet aimé. Bowlby (1984) retrouve la distinction de Freud (1926) entre angoisse et dépression. L'angoisse est une réaction à la *crainte de perdre l'objet aimé* tandis que la dépression et le chagrin du deuil sont une réaction à la *perte définitive de l'objet aimé*. Selon Bowlby (1984), si la personne est temporairement absente (dans ce cas, la perte n'est pas définitive et un espoir de retrouver l'objet perdu est encore présent), la réaction est faite d'angoisse, et lorsque la personne aimée est absente de manière permanente, cela est comparable au deuil, et la réaction est faite alors de douleur et d'affects dépressifs. En revanche, Bowlby (1984) rejette l'explication de la douleur de la perte par la libido, cette explication n'est pas, selon lui, nécessaire pour rendre compte de la dépression et des manifestations du deuil. Aussi, il est fortement en désaccord avec la position de Freud dans *Deuil et Mélancolie* (1915).

Mais s'il rejoint certaines positions de Freud (1926), Bowlby (1984) propose une conception singulière et originale des liens entre la dépression, la perte et la séparation. Cette conception renvoie à la nature nouvelle du lien affectif (de l'attachement) proposée par la théorie de l'attachement. *Dans cette optique, le lien affectif n'est pas associé à la libido et à une expérience de déplaisir, elle est un besoin inné qui prend ses racines primitives et phylogénétiques dans la survie de l'espèce.* Pour Bowlby (1984), la douleur de la perte de

l'objet aimé est précédée par une phase de recherche intense de la personne perdue. Le sujet prend alors conscience de la perte puisqu'il n'arrive pas à retrouver, à récupérer la personne perdue. Pour Bowlby (1984), cette nostalgie de l'objet perdu consistant à le rechercher et à le récupérer malgré sa mort est en lien avec la survie de l'espèce. En effet, le besoin inné de s'attacher et d'aimer ses « donneurs de soins » a une fonction de préservation et de protection, elle permet à l'espèce de survivre (référence à Darwin et aux travaux de Shand, 1920). Aussi, la personne endeuillée fait état de sa faiblesse psychologique, pleure, demande secours et assistance; elle appelle encore la personne perdue pour que cette dernière la protège. Aussi, il résulte de ce besoin de récupérer l'objet perdu, l'impuissance, le désespoir et la dépression. Bowlby (1984) fait d'ailleurs remarquer que le deuil étymologiquement provient de « vol », aussi il s'agit d'un besoin de « récupérer » sans relâche l'objet aimé disparu.

En outre, pour Bowlby (1984), la perte de l'objet aimé est d'autant plus douloureuse qu'elle signifie fondamentalement la rupture et l'absence de lien affectif. C'est pourquoi, par le besoin vital d'être en lien affectif (lié à l'évolution de l'espèce), la détresse d'être sans lien affectif peut conduire à la dépression : *« tant qu'il existe des échanges affectifs entre nous-mêmes et le monde extérieur (...) notre vécu subjectif n'est pas celui de la dépression » : l'espoir, la peur, la colère, la satisfaction, la frustration ou n'importe quelles combinaisons de ceux-ci, peuvent être ressenties. C'est quand l'échange cesse que la dépression survient (et se poursuit), jusqu'au moment où de nouveaux modèles d'interaction s'organisent par référence à un nouvel objet ou but.... »* (Bowlby, 1984, 318).

Néanmoins, si les expériences de pertes sont des facteurs de risque de la dépression, elles ne sont pas suffisantes pour rendre compte de la psychopathologie dépressive. Des personnes subissent des pertes sans pour autant souffrir d'une pathologie dépressive. Aussi, chez les déprimés, les expériences de pertes sont conjointement associées à un vécu interne et psychologique particulier (facteurs psychologiques dits « intermédiaires » entre la dépression et la perte, Hardy *et al.*, 2003; Guédeney *et al.*, 2000; Brown *et al.*, 1990) marqué par l'intériorisation d'*expériences précoces difficiles* (Abraham, 1911; Bowlby, 1984), *la fragilité des objets internes* (Klein, 1959, 1974) et *la faible estime de soi* (Brown *et al.*, 1990; Hardy Bayle *et al.*, 1994; Mirabel-Sarron *et al.*, 2001; Bifulco *et al.*, 2002; Chabrol *et al.*, 2004).

4.2.2 Vécu psychologique associé à la perte

La dépression pour Bowlby (1984) renvoie à un vécu psychologique particulier face aux situations de pertes et de séparations; elle correspond à une forme de deuil pathologique. Dans cette optique, il rejoint Freud (1915) lorsqu'il distingue le processus normal du deuil du processus mélancolique (plus généralement dépressif). Ce dernier processus relève de la psychopathologie puisqu'il montre l'incapacité pour le sujet d'effectuer le « travail de deuil » pour pouvoir investir ultérieurement d'autres objets d'amour.

Quels sont alors les différents éléments du vécu psychologique qui contrarient le processus de deuil et rendent les sujets adultes plus vulnérables à la dépression? Ces différents éléments sont les suivants : *l'intériorisation dans l'enfance d'expériences précoces néfastes* (Abraham, 1911; Bowlby, 1984), *la fragilité des objets internes* (Klein, 1959, 1974) et *la faible estime de soi* (Brown *et al.*, 1990; Hardy Bayle *et al.*, 1994; Mirabel-Sarron *et al.*, 2001; Bifulco *et al.*, 2002; Chabrol *et al.*, 2004).

➔ L'intériorisation d'un vécu parental précoce néfaste

En deçà des expériences de pertes, il est mis en évidence chez les sujets déprimés adultes, *un vécu infantile parental négatif allant d'expériences de désamour, de rejet, de défaillance parentale jusqu'à des expériences de maltraitance, de sévices et d'abus sexuels* (Brown & Harris, 1968; Caspi *et al.*, 2003; Goodman & Gotlib, 1999; Grover *et al.*, 2007; Hardy *et al.*, 2003; Weiss, 1999). Quant à la tradition clinique, elle a toujours mis en exergue *le rôle prépondérant des expériences parentales néfastes de l'enfance chez les sujets déprimés*. Abraham (1911), le premier, associait déjà la dépression aux vicissitudes négatives dans l'enfance des relations parentales. Pour lui, la dépression renvoie aux blessures et frustrations affectives, à la déception des attentes affectives vis-à-vis des parents et au sentiment d'abandon maternel. Ces frustrations affectives auprès des figures parentales conduisent le sujet à avoir des dispositions haineuses et ambivalentes à leurs égards. Mais ne pouvant obtenir satisfaction et amour, le sujet retourne sur son « moi » les dispositions haineuses dirigées initialement sur les objets frustrants, dévalorisants et dévalorisés. Cette dévalorisation du moi issue des expériences précoces difficiles rendraient le sujet plus vulnérable à la dépression. Le déclenchement des « accès dépressifs » (mélancoliques) à l'âge

adulte ferait ainsi écho aux tendances dépressives de l'enfance et fonctionnerait comme une répétition de la « déception maternelle primaire».

Bowlby (1984) rejoint Abraham (1911) sur *l'influence déterminante des expériences parentales précoces dans la dépression de l'adulte*. Chez le déprimé, il parle d'intériorisation d'expériences de désamour et de rejet parental ne permettant pas au sujet de construire des liens affectifs forts, sécurisants et satisfaisants. C'est le vécu de ses *expériences précoces difficiles* qui va différencier entre autres la personne en deuil (processus normal de deuil) de la personne déprimée (processus pathologiques de deuil). Pour Bowlby (1984), *la dépression se présente comme une réaction pathologique à la perte, liée à l'intériorisation d'expériences précoces négatives préalables vécues dans la famille*.

Dans cette optique, Bowlby (1984) distingue deux types de réaction à la perte : la *tristesse* (ou deuil normal) qui est une réaction normale, et la *dépression* qui est une réaction pathologique. Contrairement à la dépression, la tristesse est une réaction normale et temporaire suite à la perte ou à l'attente d'une personne aimée. Deux choses subsistent dans la tristesse : l'espoir et les échanges affectifs avec le monde (Bowlby, 1984). « *Une personne triste, et peut-être temporairement déprimée, diffère psychologiquement d'une personne qui est chroniquement déprimée (...) malgré une grande tristesse, l'espoir est toujours présent* » (Bowlby, 1984, 318). Pour Bowlby (1984), dans la tristesse, le sujet arrive malgré sa souffrance morale, à chercher du soutien et du réconfort auprès d'autres personnes : les liens affectifs même déplacés sont maintenus, et les besoins d'attachement sont confortés. Alors que dans la dépression, les échanges affectifs disparaissent, puisqu'en perdant l'objet, le sujet pense perdre tout espoir de contracter ou de sauvegarder tout lien affectif. Le sujet déprimé entre dans un sentiment de désespoir.

*Ce sentiment de désespoir¹⁶ et d'impuissance du déprimé est relatif au sentiment d'incapacité de pouvoir établir à nouveau des liens affectifs suite à la perte ou la séparation. Ce sentiment de désespoir et d'impuissance provient du vécu des premières expériences avec les parents. Concernant le sentiment d'impuissance du déprimé, Bowlby s'inspire des travaux de Seligman (1973). Pour Seligman (1973), le sentiment de désespoir du sujet déprimé renvoie au sentiment d'« *impuissance apprise* » lié aux expériences vécues dans la famille*

¹⁶ Ce sentiment de désespoir du déprimé avait déjà été évoqué par Bribing (1953) et Beck (1967).

d'origine. Aussi, chaque perte d'un objet amour est vécue comme un nouvel échec de la personne déprimée, puisqu'elle met à nouveau en exergue son incapacité à établir ou à maintenir des relations affectives avec ses objets d'amour. Pour Bowlby (1984), le déprimé a fait l'expérience amère dans l'enfance de ne jamais avoir pu atteindre une relation stable et sûre avec ses parents malgré des tentatives répétées de recherche de proximité et d'affection. Du fait de ses expériences auprès de ses parents, le déprimé estime qu'il est incapable de susciter de l'amour et de l'affection, ne suscitant au contraire que du rejet et de l'abandon. Les personnes proches sont alors considérées comme indisponibles, peu affectives, voire hostiles. Aussi, chaque séparation ou perte affective fait résonance au vécu avec les parents, marqué par le rejet et, contrairement au sujet en deuil, le sujet déprimé ne pense pas être en mesure de renouer des liens affectifs.

→ La fragilité des objets internes

Pour Mélanie Klein (1974), ce qui différencie le deuil normal de la dépression consiste dans la *relation qu'entretient le sujet vis-à-vis de ses objets internes au moment de la perte*. A chaque nouvelle séparation ou perte est mise à l'épreuve la solidité ou la fragilité des objets internes. Quant à la dépression, signe du deuil pathologique, elle met en exergue la faible constitution des objets internes. *Les objets internes se réfèrent à la fois à l'introjection¹⁷ des objets externes (particulièrement l'objet maternel) et à la représentation de l'instance psychique engagée dans la relation*. Par la notion d'objets internes, Mélanie Klein fait une place prépondérante au monde interne et à la pulsion de mort pour rendre compte de la dépression. Ainsi, la prise en compte seule de l'intériorisation des expériences précoces externes avec les figures parentales (mises en avant davantage par Bowlby, 1984) n'est pas suffisante pour rendre compte de la dépression de l'adulte. En effet, les objets internes sont le fruit à la fois des mouvements pulsionnels (pulsion de mort présente dès la naissance du sujet et marquée par la destructivité) et des relations intériorisées provenant des objets externes.

Pour Mélanie Klein (1974), le sujet présente dès la naissance un dualisme pulsionnel (pulsion de vie et pulsion de mort; dualisme proposé par Freud en 1920). Aussi, tout objet introjecté provenant de l'extérieur est sous la pression de conflits psychiques liés au dualisme

¹⁷ Introjection : mécanisme psychique inconscient, considéré comme le prototype de l'identification, qui consiste à introduire en soi et au niveau fantasmatique un objet extérieur ou certaines de ses qualités (Gueniche, 2002).

de la pulsion de vie et de la pulsion de mort. Au début du développement de l'enfant (dans la *position dite schizo-paranoïde*), l'objet interne est un objet clivé et partiel. Cet objet partiel correspond à une partie du corps des parents (en particulier le sein maternel). Aussi, chez le nourrisson, le sein maternel en tant qu'objet interne partiel est clivé entre sein idéal (bon objet, objet de désir de l'enfant) et sein persécuteur (mauvais objet, source de peur et de haine). Pour se protéger de sa propre destructivité, le sujet projette le sein persécuteur à l'extérieur (il se défend contre sa pulsion de mort et les menaces d'anéantissement interne en projetant la destructivité au dehors de lui-même, alors sadisme vis-à-vis du sein maternel comme mordre) et introjecte le sein idéal (le sujet n'intègre en lui-même que les expériences de satisfaction liées à la pulsion de vie). La projection des mauvais objets internes permet également de préserver les bons objets internes.

Autour du 6^{ème} mois, les angoisses persécutrices et les fantasmes sadiques diminuent, ce qui permet à l'enfant de considérer l'ensemble des aspects de l'objet et de percevoir l'objet interne (le sein) dans sa totalité. Nous passons alors de la *position schizo-paranoïde* à la *position dépressive* (« *Il se fait alors une introjection de la totalité de l'objet, et l'enfant opère, jusqu'à un certain point, une synthèse des différents aspects de l'objet et de ses propres sentiments envers l'objet* » (Klein, 1959, 5). L'objet interne est perçu en totalité parce que les fantasmes et sentiments à son égard sont perçus maintenant dans leur ambivalence : pour un même objet, l'enfant ressent de l'amour et de la haine (intégration des tendances libidinales et agressives de l'objet). Aussi, le sujet n'a plus besoin de cliver le bon objet, marqué par l'amour et la satisfaction et le mauvais objet, marqué au contraire par la haine et la peur.

L'accès à la position dépressive et la reconnaissance de l'objet interne total entraînent des affects dépressifs importants chez l'enfant. L'enfant prend conscience que la destructivité provient de lui-même et non de l'objet maternel (différenciation moi/non moi). L'enfant prend conscience de sa dépendance vis-à-vis de l'objet maternel et se sent coupable du mal ou de la destruction qu'il pourrait causer à l'objet (liés à sa propre agressivité et à ses fantasmes destructeurs). Maintenant, le sujet cherche à préserver près de lui l'objet aimé par peur de le perdre. Un bon objet interne sera alors constitué si le sujet arrive à « réparer » l'objet interne maternel qu'il a endommagé par l'agressivité. Dans ce cas, c'est la présence affective, extérieure et continue de la mère (sa « survivance ») qui va dissuader l'enfant de l'hostilité qu'elle pourrait avoir à son égard (Klein parle alors de « présence de la mère » pour signifier

la mère comme objet externe et non comme objet interne). Si la mère ne déprime pas et surmonte les assauts de destruction de l'enfant, cela indique parallèlement la réparation fantasmatique de l'objet interne maternel endommagé. La stabilité de la présence maternelle réelle va permettre à l'enfant d'élaborer la position dépressive (reconnaître et élaborer la douleur dépressive et les affects de tristesse) mais aussi de construire et consolider ses propres objets internes.

Klein insiste sur l'idée que l'élaboration dépressive (accès à la position dépressive) et l'intégration des objets internes ne sont jamais accomplies pleinement. Aussi, l'équilibre psychique et le risque dépressif à l'âge adulte dépendent du degré d'intégration des objets internes. Pour Mélanie Klein (1974), le deuil normal, le deuil pathologique, la dépression et les états maniaco-dépressifs réactivent la position dépressive infantile et remettent à l'épreuve la fragilité ou la solidité des objets internes. Mais, contrairement au deuil normal où la position dépressive est surmontée, le deuil pathologique et la mélancolie ont en commun de n'avoir pas pu atteindre la position dépressive et de bons objets internes. En outre, le sujet déprimé n'arrive pas à effectuer son travail de deuil puisqu'au-delà de la perte, il est confronté conjointement à la fragilité de ses propres objets internes. Cette fragilité des objets internes est liée au manque de confiance et de sécurité apportées par le premier objet externe (maternelle) après les tentatives de réparation du sujet faisant suite à la destructivité. Chez l'adulte, dans le deuil normal, le sujet se sent capable de surmonter le deuil et la séparation d'un objet aimé parce que les premières expériences ont été marquées par la confiance et la présence continue de la mère. Cette présence a permis la construction et la consolidation des objets internes.

➔ La faible estime de soi

La littérature présente fréquemment les sujets déprimés comme étant des sujets marqués par une faible estime de soi. En effet, l'estime de soi se présente comme une variable centrale de la pathologie dépressive (Brown *et al.*, 1990 a; Brown *et al.*, 1990 b; Brown *et al.*, 1990 c; Hardy Bayle *et al.*, 1994; Mirabel-Sarron *et al.*, 1997 a , 1997 b; Bifulco *et al.*, 2002; Chabrol *et al.*, 2004).

Freud (1915) déjà avait mis en exergue l'atteinte de l'estime de soi dans la dépression (plus précisément la mélancolie) lorsqu'il compara les symptômes de la mélancolie et les manifestations du deuil. Il observe que malgré la similarité des manifestations cliniques entre

deuil et dépression (mélancolie), un élément clinique oppose les deux tableaux : la présence d'une faible estime de soi dans la dépression alors que cette dernière est préservée dans l'expérience du deuil. Aussi, si la dépression ressemble au deuil, la dépression renvoie à un vécu psychologique particulier face à la perte, l'atteinte de l'estime de soi, non retrouvée chez les personnes en deuil. C'est pourquoi Brown *et al.* (1990) considèrent *l'estime de soi* comme un facteur psychologique intermédiaire entre la perte et la dépression. Ce facteur intermédiaire est absent dans le processus normal du deuil.

La grande majorité des auteurs s'intéressant à l'estime de soi dans la dépression fait partie du courant cognitif. Aussi, ces auteurs associent la faible estime de soi dans la dépression à des schémas cognitifs préalables construits par le sujet déprimé. Ces schémas cognitifs correspondent à des pensées automatiques négatives et sont centrés autour de la dévalorisation de soi (Beck *et al.*, 1979; Hardy Bayle *et al.*, 1994; Mirabel-Sarron *et al.*, 1997 a, 1997 b; Bifulco *et al.*, 2002; Chabrol *et al.*, 2004).

L'estime de soi est également considérée comme un facteur majeur faisant la jonction entre la dépression et les expériences relationnelles insatisfaisantes, essentiellement infantiles. Aussi, les perturbations et insatisfactions vis-à-vis des parents, marquées par le rejet, le manque d'attention, la dépréciation ou la dérision seraient à l'origine d'une faible estime de soi (Beck *et al.*, 1979; Hardy Baye *et al.*, 1994; Bifulco *et al.*, 2002). L'estime de soi correspond à un facteur psychologique intermédiaire entre les expériences difficiles de l'enfance et la survenue dépressive.

Des études confirment l'hypothèse que la faible estime de soi est un facteur trait et prédictif de la dépression (Lewinsohn *et al.*, 1981; Campbell *et al.*, 1983; Mirabel-Sarron *et al.*, 2001; Chabrol *et al.*, 2004). En effet, l'estime de soi ne se modifie pas en fonction de la diminution de la symptomatologie dépressive. Elle se présenterait davantage comme une caractéristique psychologique stable de l'individu. Une étude de Mirabel-Sarron *et al.* (2001) a comparé trois groupes : un groupe de déprimés chroniques (DC), un groupe présentant un premier épisode dépressif (EDM) et un groupe non déprimé sans rechutes ayant fait une dépression trois ans auparavant (AD). Les trois groupes présentent une estime de soi faible alors même qu'ils ne sont pas tous actuellement déprimés. Pour Mirabel-Sarron *et al.* (2001), l'estime de soi se maintient à un bas niveau puisqu'il est vécu comme non modifiable malgré l'évolution de la dépression. L'étude de Chabrol *et al.* (2004) sur des adolescents indique des

estimes de soi faibles et non fluctuantes en fonction de l'intensité de la dépression (que le niveau de dépression soit minime, léger, modéré ou sévère). En outre, l'estime de soi n'est pas un facteur diagnostique ou une composante de la dépression, elle constitue un facteur prédictif de la survenue dépressive.

4.3 Les Modèles internes opérants du déprimé selon Bowlby

4.3.1 Affects et représentations mentales liés à l'attachement

Si Bowlby (1984) accorde une place importante à la problématique de la perte et de la séparation dans la psychopathologie de la dépression, *il accorde une place tout aussi importante aux affects et aux représentations mentales spécifiques du déprimé.*

Pour Bowlby (1984), les affects et les représentations mentales du déprimé sont intégrés sous forme de *modèles internes opérants* (1984). Ces M.I.O sont des modèles mixtes d'affects et de représentations cognitives (Sroufe & Waters, 1977; Cassidy & Kobak, 1988; Sroufe 1996; Golse, 2000). Dans cette optique, Bowlby (1984) se distingue de la théorie cognitive de la dépression de Beck (1963, 1967, 1976) qui associe les modèles mentaux du déprimé à des modèles purement cognitifs. Aussi, le terme d'affect n'est pas utilisé par Beck et les théoriciens cognitifs comme faisant partie intégrante de la vie mentale. En outre, pour ces auteurs, le terme d'émotion est préféré à celui d'affect. L'émotion est alors considérée comme secondaire dans la vie de l'individu. Tout d'abord, il renvoie non à la sphère mentale mais au substrat biologique, physiologique et neurovégétatif du sujet déprimé. Ensuite, l'émotion ne se présente que comme une réaction et une conséquence automatique et de type physiologique aux cognitions et représentations préalables de l'individu.

➔ Composante cognitive des modèles de représentations du déprimé

Malgré les différences avec la théorie cognitive de Beck, Bowlby (1984) rejoint en partie l'idée que les modèles mentaux du déprimé sont composés d'une dimension cognitive non négligeable alors même que cette dimension davantage cognitive de la dépression n'avait pas retenu l'attention de Freud (1926 b) et des théoriciens psychanalytiques. Bowlby (1984) et

Beck (1963, 1967, 1976) estiment que la manière de penser, de se considérer soi-même et le monde, d'avoir des attentes et de forger des interprétations sur soi-même et ses relations a un impact considérable dans l'avènement de la dépression. Bowlby (1984) dit ceci : « *Beck a formulé une théorie cognitive des états dépressifs, théorie fondue dans le même moule que la théorie des prédispositions cognitives ici. Les deux formulations [celles de Beck et celles de Bowlby] considèrent que les individus qui ont une prédisposition cognitive à la dépression possèdent des modèles cognitifs ayant des traits inhabituels mais typiques dont la conséquence est qu'ils interprètent les événements de leur vie de manière spécifique* » (Bowlby, 1984, 323).

➔ Composante affective des modèles de représentations du déprimé

Contrairement à la perspective de Beck (1963, 1967, 1976), Bowlby fait une place importante aux affects au sein des modèles de représentations (M.I.O) du déprimé. Aussi, même si l'organisation dynamique des liens entre affects et représentations est profondément distincte de celle proposée par Freud (1915) dans la théorie psychanalytique, Bowlby (1984) conserve l'idée psychanalytique d'une intrication dynamique entre les affects et les représentations au sein du fonctionnement mental. Dans la théorie psychanalytique, les affects sont des modalités d'expression des pulsions, manifestant des états internes de la vie psychique à partir des polarités du plaisir et du déplaisir. Ces affects sont en étroite relation avec les traces mnésiques (la représentation mentale). Dans le symptôme hystérique, l'affect est une quantité d'énergie (rapport avec le modèle de la pulsion) qui n'a pas pu se décharger et donc qui reste attaché au souvenir, c'est-à-dire à la représentation psychique spécifique de cet affect. Aussi, au cours de la thérapie psychanalytique, l'analysé récupère son souvenir par l'acte du langage et cette récupération permet l'abréaction et la décharge de l'affect. En ce qui concerne plus précisément la dépression, Freud (1926 b) l'évoque dans sa deuxième théorie de l'angoisse. Dans cette théorie, Freud montre l'importance de lier affects et représentations dans le cadre de la dépression. En effet, Freud associe l'affect dépressif aux représentations et fantasmes inconscients (notamment de culpabilité) consécutifs à la perte maternelle. En outre, pour Freud (1926 b), les affects et les représentations sont entremêlés et font partie du Moi.

Pour Bowlby (1984), les relations entre affects et représentations mentales au sein du fonctionnement mental sont plus ou moins importantes selon les types de mémoire qui composent les modèles internes opérants (M.I.O). Ces types de mémoire ont été

préalablement définis par Tulving (1972). Bowlby (1984) distingue la *mémoire épisodique* de la *mémoire sémantique*. La mémoire épisodique correspond aux informations qui découlent plus directement d'un souvenir particulier et de l'expérience vécue du sujet. Cette mémoire est celle qui tient le plus compte des informations de nature affective. Dans ce cas, une forte charge affective est associée à la représentation mentale (« *je suis triste* », est une information spécifique de nature affective, elle correspond à la mémoire épisodique) de l'événement. Quant à la *mémoire sémantique*, elle correspond à une représentation généralisée de l'expérience, éloignée de l'expérience vécue et des affects qui y sont rattachés (« *Mes parents m'ont aimé* », est une représentation généralisée, ce n'est pas un souvenir spécifique). Dans ce cas, l'information est de nature essentiellement cognitive. Par l'importance de la composante affective au sein des M.I.O, Bowlby (1984) considère que l'on ne doit pas s'en tenir, en psychothérapie, uniquement aux cognitions et représentations du déprimé et ce, d'autant plus que les représentations mentales du déprimé correspondent initialement à l'internalisation d'expériences affectives construites auprès des figures parentales.

Il est à noter que le rôle spécifique des affects dans la théorie et la clinique de l'attachement a été considérablement enrichi après les travaux de Bowlby (1984) à partir de la notion de stratégie d'attachement (Cassidy & Kobak, 1988; Main, 1991; Kobak *et al.*, 1993; Pierrehumbert *et al.*, 1996). Cette notion considère l'attachement comme une *théorie de la régulation des émotions/ affects et du traitement de l'information émotionnelle*. Le rôle des stratégies de régulation des affects dans la psychopathologie de la dépression sera développé ultérieurement dans la sous partie 4-4.

➔ **Modèles de représentations liés aux expériences infantiles du déprimé**

Selon Bowlby (1984), les représentations particulières du déprimé sont le fruit des expériences affectives de l'enfance. Beck estimait également à partir d'une formulation différente de celle de Bowlby (1984) que les expériences infantiles difficiles ont un rôle dans le développement des schémas cognitifs du déprimé marqués par des croyances négatives sur soi, le monde et le futur. Aussi, pour Bowlby (1984), c'est en interrogeant la qualité des expériences affectives du déprimé dans son enfance que le clinicien comprendra les modèles de représentations spécifiques qu'il a construits. Pour Bowlby (1984), compte tenu de ses expériences affectives parentales marquées par le désamour et le rejet, le sujet déprimé ne se sent pas digne d'être aimé et désiré. C'est dans ces conditions qu'il développe des modèles de

représentations négatifs de soi et des figures d'attachement (modèles internes opérants) : un modèle de soi « *indigne d'être aimé, non désiré et incapable de susciter de l'amour* » et un modèle des figures d'attachement (par extension des autres) *comme susceptibles d'être indisponibles et rejetantes* » (Bowlby, 1984, p10).

Plus tardivement, Bartholomew & Horowitz (1991) estiment qu'il y a un impact des modèles internes opérants de soi et d'autrui décrits par Bowlby (1984) dans la perception des relations interpersonnelles actuelles. Aussi, ils associent le modèle interne de soi « *à la plus ou moins grande inquiétude dans les relations* » (peur de ne pas être aimé et d'être abandonné) et associent le modèle interne d'autrui « *au plus ou moins grand évitement des relations* ». Cette inquiétude quant aux relations issues du modèle de soi renvoie à des affects anxieux importants. Quant à l'évitement des relations, issu du modèle d'autrui, il renvoie au contraire aux tentatives de suppression des affects anxieux (Brennan *et al.*, 1998). Aussi, les affects et les représentations mentales sont indissociables dans la perspective de l'attachement. Par l'intermédiaire des M.I.O, les sujets déprimés ont une image négative d'eux-mêmes et des autres et, ces images négatives de soi et des autres conduisent à des attitudes affectives marquées paradoxalement par des affects anxieux et par des tentatives défensives à réprimer ses affects. Ce point portant sur les affects et sur son impact dans la dépression sera développé et détaillé dans la sous-partie 4-4.

➔ Distinction entre la conception de Bowlby (1984) et la conception diagnostique de la dépression

En s'intéressant aux représentations mentales du déprimé, Bowlby (1984) critique à l'instar de Beck (1963, 1967, 1976) la définition diagnostique de la dépression issue des manuels de classification internationale (il parle essentiellement des éditions de 1952 et de 1966 du DSM, critique toujours valable aujourd'hui avec le DSM IV-TR) : *la dépression est un trouble sévère de l'humeur conduisant à des perturbations de la pensée et du comportement*. Bowlby (1984) et Beck (1963, 1967, 1976) rejettent l'idée que la dépression soit essentiellement associée à un *trouble de l'humeur*. Pour ces auteurs, le trouble de l'humeur est une réalité *purement symptomatique* de la dépression. En effet, il n'a aucune valeur étiologique et explicative pour rendre compte de la psychopathologie de la dépression. Il correspond uniquement à une description clinique de la pathologie dépressive.

En revanche, *les représentations mentales spécifiques du déprimé correspondent à un facteur étiopathogénique de la psychopathologie dépressive* (Bowlby, 1984). En effet, l'humeur dépressive dépend au préalable des représentations et de la considération que le sujet a de lui-même et du monde : « *[Dans les théories de Beck et de Bowlby], l'humeur abattue du patient est la conséquence logique de la manière dont il se considère lui-même et dont il considère le monde et son avenir [à partir de ses modèles cognitifs]* » (Bowlby, 1984, 323). Aussi, c'est le fonctionnement mental (interne) spécifique du sujet (modèles internes opérants négatifs de soi et d'autrui) qui constitue un facteur de vulnérabilité à la dépression. Pour Bowlby (1984), les troubles de l'humeur ne jouent pas un rôle central dans la dépression, ils résultent de la perception négative préalable que le sujet se fait du monde et de lui-même. En outre, si l'image de soi et du monde était précédemment positive et intacte, le sujet ne souffrirait pas d'humeur dépressive. Selon Bowlby (1984), les classifications internationales (notamment les différentes classifications DSM) omettent de prendre en compte suffisamment les représentations mentales du déprimé pour définir la pathologie dépressive.

4.3.2 Modèle interne de soi et Estime de soi

En se focalisant sur les représentations mentales du déprimé, Bowlby met en question la notion d'estime de soi pour rendre compte de l'expérience dépressive. Pour Bowlby (1984), le modèle interne de « soi » du déprimé, issu des modèles internes opérants (M.I.O), renvoie à une réalité plus complexe que la notion d'estime de soi. En effet, le modèle de soi correspond à tout un ensemble de pensées négatives (jugements) et de considérations affectives (« incapable se susciter de l'amour ») que le sujet déprimé porte sur lui-même. Aussi, Bowlby (1984) pense qu'il est préférable de ne pas utiliser le terme d'estime de soi chez le déprimé car c'est une notion restreinte qui ne permet pas d'appréhender l'ensemble des représentations psychiques sous-jacentes qui ont conduit le sujet à être vulnérable à la dépression.

A l'instar de l'humeur dépressive, l'estime de soi renvoie uniquement à une réalité clinique descriptive; mais en réalité, cette notion n'est pas séparable des autres aspects du soi contenus dans le modèle interne de soi du déprimé (Bowlby, 1984). De plus, la formation de l'estime de soi du sujet déprimé dépend au préalable de la construction complexe de la représentation de soi. Et cette représentation de soi est le fruit des expériences affectives infantiles vécues avec les figures parentales. Aussi, si les parents ont montré de l'amour et de

l'affection dans l'enfance du sujet, ce dernier va développer un modèle de soi positif « *digne d'être aimé et désiré* ». Il construira en conséquence une estime de soi forte qui pourra le prémunir d'une dépression. Pour Bowlby (1984), la représentation négative de soi du déprimé et sa faible estime de soi sont liées à l'incapacité ressentie enfant, à pouvoir établir et maintenir des liens affectifs forts avec ses figures parentales. Si l'enfant se sent en incapacité d'être aimé, il considèrera que son soi « est indigne d'être aimé ». Dans ce cas, le soi du déprimé est déprécié, ce qui le conduit à avoir une estime de soi faible.

En effet, Bowlby (1984) montre que l'estime de soi n'a pas de valeur explicative et heuristique puisqu'elle est la conséquence plus générale du modèle de soi du déprimé. Et ce modèle de soi s'est construit à partir du vécu d'attachement infantile avec les parents. L'estime de soi ne permet pas suffisamment de nous interroger sur les raisons de la faiblesse du soi dans la pathologie dépressive alors que le modèle interne de soi du déprimé fait écho et résonance à la qualité des liens affectifs qui ont été tissés par le sujet déprimé dans son enfance. Dans cette optique, le sujet déprimé ne peut s'aimer soi-même et s'estimer puisqu'il se sent responsable enfant de n'avoir pas pu établir ou maintenir des liens d'attachement.

En outre, Bowlby (1984) nous dit « *[l'estime de soi] est un concept qui n'est pas à la mesure de l'importance qu'on lui a donnée. Il ne fait pas clairement ressortir que la faible estime de soi (...) est la conséquence d'un ou plusieurs jugements négatifs sur soi-même comme par exemple que le Soi est incapable de changer la situation pour le mieux et /ou responsable de la situation en question, et /ou est intrinsèquement incapable de susciter de l'amour, et donc incapable de façon permanente d'établir ou de maintenir un lien affectif. Puisque le terme « faible estime de soi » n'est vecteur d'aucun de ces sens, il ne sera pas employé ici.* » (Bowlby, 1984, 323). Le concept d'estime de soi n'est donc pas repris par Bowlby (1984) pour rendre compte de la dépression.

Si nous nous intéressons plus spécifiquement à l'estime de soi, elle correspond effectivement à une notion plus restrictive et plus descriptive du soi, plus restrictive que la notion de modèle interne de soi conceptualisé par Bowlby (1984). L'estime de soi renvoie à l'évaluation et à la valeur de soi (valorisée ou dépréciée). Elle fait davantage référence à la tonalité affective du soi qu'à sa composante cognitive (Martinot, 1995; André & Lelord, 1999). Aussi, la définition de l'estime de soi de Rosenberg (1979) rend compte précisément de la dimension évaluative et affective du soi : « *L'estime de soi correspond à la valeur que*

les individus s'accordent, s'ils s'aiment ou ne s'aiment pas, s'approuvent ou se désapprouvent » (Rosenberg, 1979).

Mais si cette notion est restreinte au domaine affectif et évaluatif du soi, cette notion est centrale dans la dépression. La littérature a montré de nombreuses fois que la faible estime de soi est associée à la dépression (Brown *et al.*, 1990 a; Brown *et al.*, 1990 b; Brown *et al.*, 1990 c; Hardy Bayle *et al.*, 1994; Mirabel-Sarron *et al.*, 1997 a, 1997 b; Bifulco *et al.*, 2002; Chabrol *et al.*, 2004).

4.4 Dépression et régulation des affects

La psychiatrie et la psychopathologie considèrent la dépression comme un trouble fondamental de l'humeur (DSM IV, CIM 10). L'humeur est définie pour Delay comme un « *ensemble des dispositions affectives et instinctives qui déterminent la tonalité fondamentale de l'activité psychique, capable d'osciller entre les deux pôles de l'euphorie expansive et de la dépression douloureuse* ». Aussi, l'humeur est une disposition affective ayant une certaine intensité et ayant des répercussions sur l'activité psychique. Dans l'humeur dépressive, nous pouvons observer différents profils cliniques, marqués par des difficultés majeures à réguler les émotions : certaines personnes déprimées manifestent une irritabilité et une hyper-expressivité émotionnelle (« *je suis débordé par mes émotions, je n'arrive pas à les canaliser, j'ai trop mal, j'ai trop de souffrance* ») tandis que d'autres présentent au contraire un déficit de l'expression émotionnelle, un émoussement affectif, une incapacité à éprouver du plaisir et une certaine forme de répression émotionnelle (« *je me sens vide, je ne ressens plus rien, je suis paralysé au niveau de mes émotions* ») (Carton & Jouvent, 1991; Jouvent & Carton, 1994; Chahraoui *et al.*, 2000; Carton, 2006; Bréjard *et al.*, 2006).

Les troubles de l'humeur et les dispositions affectives du déprimé sont considérés comme une composante diagnostique essentielle ou le résultat de la dépression (DSM IV; CIM 10). Mais nous pouvons considérer aussi que la disposition particulière des émotions et la manière de les réguler constituent un facteur de vulnérabilité ancien, conduisant au risque dépressif? Dans cette optique, quel facteur psychologique lié à la régulation des affects peut avoir un impact sur la survenue dépressive?

4.4.1 Le modèle d'attachement : place des émotions en psychopathologie

Le modèle de l'attachement peut être un de ces modèles psychologiques. Il apporte un éclairage nouveau sur les émotions et leurs significations psychiques en lien avec l'histoire d'attachement des sujets. Il constitue un facteur explicatif pour la compréhension de la place des émotions en psychopathologie (Sroufe & Waters, 1977; Sroufe, 1996; Fonagy, 1996; Dozier *et al.*, 1999; Pionné et Atger, 2003). En effet, si les premières expériences affectives avec la figure d'attachement sont « sécurisantes », le sujet acquiert parallèlement un sentiment de sécurité interne. Cette sécurité interne est possible puisqu'il y a une disponibilité et une chaleur relationnelle de la figure d'attachement vis-à-vis de son enfant. Dans cette relation de confiance avec la figure d'attachement, l'enfant fait l'expérience de ses propres émotions (de la détresse ou de la joie) et apprend à les réguler de manière équilibrée. Il en résulte peu de détresse et d'angoisse et des capacités à recevoir et à canaliser ses propres expériences affectives. En revanche, si les premières expériences affectives sont insécurisantes et non réconfortantes, l'enfant, seul, n'est pas en mesure d'être apaisé, rassuré et « sécurisé ». Il est dans l'incapacité de canaliser ses propres émotions, sa détresse et son angoisse.

Aussi, la notion de stratégies d'attachement (Main, 1990; Cassidy & Kobak, 1988; Kobak *et al.*, 1993; Pierrehumbert *et al.*, 1996; Mikulincer, Shaver & Pereg, 2003) - notion utilisée dans notre recherche - permet d'appréhender le niveau émotionnel du modèle d'attachement de l'adulte. Ainsi, nous avons tout d'abord *la stratégie primaire* d'attachement correspondant à la capacité de réguler les émotions, de réduire l'anxiété et de traiter de manière adéquate les informations de nature émotionnelle (stratégie construite à partir d'expériences sécurisantes). Ensuite, nous avons deux types de *stratégies secondaires* (stratégies construites à partir d'expériences insécurisantes) : une *stratégie d'hyper activation émotionnelle* (stratégie dite préoccupée) où le sujet est débordé par ses émotions et est dans l'incapacité de refouler ses expériences émotionnelles et une *stratégie de désactivation émotionnelle* où le sujet est au contraire dans la répression émotionnelle, dans la suppression de l'anxiété et dans le refoulement excessif de toute expérience de nature émotionnelle. Aussi, les stratégies d'attachement varient dans un continuum allant de la tendance à minimiser ou à maximiser les besoins d'attachement et les émotions qui s'y rapportent (Pionné & Atger, 2003).

Fonagy (1996) fait un lien entre la psychopathologie et le modèle d'attachement à partir de la problématique de la régulation émotionnelle. Ainsi, il y aurait un lien entre la préoccupation (stratégie d'hyperactivation émotionnelle) et les psychopathologies où le sujet est absorbé par ses émotions comme la dépression, l'anxiété (troubles cliniques, Axe I DSM IV), le trouble de personnalité limite (Axe II) et un lien entre le détachement (stratégie de désactivation émotionnelle) et les psychopathologies où le sujet se détourne des expériences émotionnelles comme dans les conduites toxicomaniaques, les conduites alimentaires ou la personnalité anti-sociale. Quant à Pionné et Atger (2003), ils associent la qualité et la structure de régulation émotionnelle issues du modèle d'attachement aux troubles psychopathologiques « externalisés » ou « internalisés ». Pour ces auteurs, la stratégie détachée (désactivation émotionnelle) correspond à des troubles psychopathologiques externalisés, qui sont des tentatives de fuite de l'angoisse et de la souffrance psychique. Dans ce cas, l'attention douloureuse est détachée de soi, de l'introspection et est expulsée au dehors dans la conduite (conduites addictives, toxicomaniaques, alimentaires, phobie). En revanche, la stratégie préoccupée (hyper-activation émotionnelle) correspond à des troubles psychopathologiques internalisés; ce sont des troubles d'invasion émotionnel, d'irruption de l'angoisse et d'introspection douloureuse (pathologies dépressives, anxieuses, limites).

4.4.2 Dépression et attachement : psychopathologie de la régulation des émotions

Quant à la dépression plus particulièrement, les différentes études montrent un lien entre la pathologie dépressive et l'attachement insécurisé préoccupé (Bifulco *et al.*, 2002; Burnette *et al.*, 2009; Chahraoui, Reynaud, Pinoit *et al.*, 2006; Ciechanowski *et al.*, 2003; Cole Detche & Kobak, 1996; Fonagy *et al.*, 1996; Malinckrodt & Wei, 2005; Miljkovitch *et al.*, 2005; Murphy & Bates, 1997; Tasca *et al.*, 2009; Wei *et al.*, 2003, 2004, 2005 a, 2005 b; Priel & Shamai, 1994; Roberts *et al.*, 1996; Roseinstein & Horowitz, 1996; Shaver *et al.*, 2005; Theotoka, 1999; Wei *et al.*, 2003, 2004, 2005 a, 2005 b; West *et al.*, 1998; Zuroff *et al.*, 1995). Comme l'attachement préoccupé correspond à une stratégie d'hyper-régulation des émotions¹⁸, ces études indiquent les grandes difficultés de régulation émotionnelle des sujets déprimés.

¹⁸ J'évoque dans cette sous partie les différentes études sur l'attachement même celles qui ne se réfèrent pas dans leur évaluation à la notion explicite de stratégies. Et ceci parce que les auteurs utilisant davantage la

Ainsi, les sujets déprimés ont tendance à être débordés par leurs émotions et à être envahis de manière chronique par des informations de nature émotionnelle et relatives aux expériences d'attachement. La stratégie d'hyper-activation émotionnelle utilisée par le sujet déprimé ne lui permet pas de prendre des distances affectives vis-à-vis de son histoire d'attachement. Cette stratégie préoccupée a également une incidence sur les relations interpersonnelles actuelles. Dans ce cas, le sujet montre des inquiétudes dans le contact interpersonnel (serais-je aimé et apprécié?), ce qui le conduit à ressentir une forte anxiété et une grande insécurité interne. Aussi, pour Wei *et al.* (2005 b), les pensées négatives et les problèmes interpersonnels rencontrés chez les personnes déprimées sont médiatisés par ces stratégies d'hyper-expressivité émotionnelle, correspondant à des stratégies d'attachement préoccupé.

Nous retrouvons effectivement chez nombre de sujets déprimés ces signes d'hyper-expressivité émotionnelle et de débordement émotionnel (Widlöcher, 1983; Carton & Jouvent, 1991; Jouvent & Carton, 1994; Chahraoui *et al.*, 2000; Carton, 2006; Bréjard *et al.*, 2006) qui définissent l'attachement préoccupé. Les troubles émotionnels du déprimé sont aussi souvent associés à des revendications affectives importantes concernant les différentes figures d'attachement (ne pas se sentir suffisamment aimé par ses parents ou par le partenaire amoureux). Ces revendications affectives sont la marque de l'attachement préoccupé : les personnes préoccupées pensent aussi qu'elles n'ont pas été suffisamment aimées et qu'elles souffrent de relations qu'elles estiment pas assez proches ou pas suffisamment affectueuses (Pierrehumbert *et al.*, 1996).

Ces mêmes études font également un lien entre la dépression et l'attachement insecure craintif¹⁹ (Bifulco *et al.*, 2002; Burnette *et al.*, 2009; Chahraoui, Reynaud, Pinoit *et al.*, 2006; Ciechanowski *et al.*, 2003; Malinckrodt & Wei, 2005; Murphy & Bates, 1996; Priel & Shamai, 1994; Roberts *et al.*, 1996; Wei *et al.*, 2003, 2004, 2005 a, 2005 b; West *et al.*, 1998; Zaghdoudi *et al.*, 2009; Zuroff *et al.*, 1995). Ces résultats indiquent qu'il n'y a pas de stratégie

notion de styles d'attachement dans leur évaluation considèrent que les différents styles d'attachement renvoient également et plus fondamentalement à différents types de stratégies (Mikulincer *et al.*, 2003; Wei *et al.*, 2005). L'idée étant aussi que quel que soit le niveau d'évaluation de l'attachement, l'attachement est une théorie de la régulation des affects et des émotions. En revanche, dans la discussion, nous discuterons nos résultats en distinguant les études portant explicitant sur les stratégies de celles portant sur les styles d'attachement.

¹⁹ Il est à noter que les études n'utilisant que trois catégories d'attachement ne tiennent pas compte de l'attachement craintif. Dans ce cas, les études montrent un lien plus spécifique entre *dépression et stratégie préoccupée* (Cole Detche & Kobak, 1996; Miljkovitch *et al.*, 2005).

de régulation émotionnelle unique et spécifique chez le sujet déprimé marqué exclusivement par l'hyper-activation des émotions et des histoires affectives. L'attachement insecure-craintif renvoie à la mise en place chez le même sujet de stratégies de régulation émotionnelle contradictoires : la stratégie d'hyperactivation émotionnelle (activation d'une anxiété forte et non canalisée, stratégie préoccupée) et la stratégie de désactivation émotionnelle (détournement et répression des émotions, stratégie détachée). La littérature indique qu'un même sujet peut développer des stratégies d'attachement insecure contradictoires (Kobak *et al.*, 1993; Pierrehumbert *et al.*, 1996).

Dans le cas du profil clinique « craintif » ou « désorganisé », le sujet n'est pas en mesure de développer une stratégie cohérente même insécurisée pour faire face à ses émotions puisqu'il oscille entre l'hyper-activation et la répression de ses propres émotions. L'échec d'une stratégie unique et cohérente conduit à une désorganisation importante des émotions et de l'appareil psychique dans son rôle de canalisation et d'intégration des expériences émotionnelles. En revanche, l'attachement préoccupé renvoie à une stratégie unique et cohérente consistant à hyper-activer les émotions. Pour Fraley et Shaver (1997), l'attachement insecure craintif renvoie à l'échec de la stratégie défensive détachée (stratégie insecure de désactivation émotionnelle) consistant à réprimer efficacement les émotions et les pensées à forte charge affective (pensées relatives aux histoires d'attachement et aux expériences de rejet et de séparation). Aussi, il demeure une forte anxiété malgré les tentatives de détachement émotionnel et de refoulement des expériences à forte composante émotionnelle.

La désorganisation émotionnelle de l'attachement craintif (stratégies de régulation émotionnelle contradictoires, désactivation et hyper-activation émotionnelles) renvoie à la clinique du déprimé. Les personnes déprimées peuvent osciller entre le « débordement » et la « paralysie émotionnelle ». Le ralentissement dépressif va dans le sens de la désactivation émotionnelle : le sujet déprimé semble être détaché de ses émotions et présenter un « gel affectif », un déficit de l'expression émotionnelle. Cependant, l'attachement détaché, marqué uniquement par la désactivation des émotions, n'est pas associé au syndrome dépressif. Cette constatation pourrait signifier que le gel affectif des déprimés (« désactivation émotionnelle ») est relatif car il n'empêcherait pas le sujet déprimé d'avoir en parallèle et de manière contradictoire une grande anxiété et des émotions et pensées douloureuses. En effet, si le sujet déprimé présente un attachement craintif, il n'est pas « indifférent affectivement » et n'arrive pas à « supprimer efficacement » son anxiété et ses émotions.

Ainsi, le profil clinique du déprimé marqué par le déficit de l'expression émotionnelle ne signifierait pas nécessairement l'absence d'émotions et de préoccupations affectives, mais serait au contraire une tentative défensive mais non opérante d'échapper à ses émotions et à son histoire affective. Cela rejoint la position de Widlöcher (1983), « *dans la dépression, l'attachement subsiste; ce qui manque, c'est l'incitation à agir* ». Aussi, le déficit concerne l'expressivité émotionnelle plus que l'affectif lui-même. Le sujet déprimé continue à être intéressé par les expériences affectives : ce qui permet d'expliquer la contradiction apparente entre surinvestissement et désinvestissement affectif. Par ailleurs, nous pouvons néanmoins penser que ce processus de déficit de l'expressivité émotionnelle a une valeur adaptative, servant à se protéger d'une douleur morale encore plus insupportable (Chahraoui *et al.*, 2000).

4.5 Dépression, Attachement et personnalité

4.5.1 La personnalité comme modèle de vulnérabilité psychologique à la dépression

Pour Jouvent & Widlöcher (1994), la question de la vulnérabilité psychologique à la dépression renvoie à la question plus générale du type de personnalité associé à la pathologie dépressive. Aussi, elle pose la question du lien entre les troubles cliniques - ici la dépression - (Axe I DSM IV) et les troubles de la personnalité (Axe II DSM IV). Cette interrogation est d'autant plus essentielle que les relations entre épisode dépressif majeur actuel (Axe I DSM IV) et troubles de la personnalité sont fréquentes : elles concernent 20 à 50% des patients déprimés hospitalisés et 50 à 85% des patients déprimés en ambulatoire (Corruble & Guelfi, 1999). En revanche, les études ne montrent pas de personnalité spécifique à la dépression; elles indiquent au contraire une grande hétérogénéité des troubles de la personnalité chez les sujets déprimés (Corruble & Guelfi, 1999; Darcourt & Benoit, 1996; Russel, 2003). Les différents troubles de la personnalité rencontrés chez les patients déprimés sont les suivants : les personnalités limite, histrionique, narcissique, dépendante, évitante, obsessionnelle-compulsive et paranoïaque (Darcourt & Benoit, 1996). Des auteurs (Davidson, 1985; Joffre, 1988; Pilkonis, 1988; Boyce, 1989; Berstschy, 1992; Shea, 1990) ont également évalué les troubles de la personnalité prédisposant à la dépression (c'est-à-dire évalués avant la survenue de la dépression) et succédant au trouble dépressif (évaluation du trouble de la personnalité

après rémission de la dépression). Ils ont retrouvé les troubles de la personnalité suivants : personnalités dépendante, évitante, obsessionnelle-compulsive et histrionique.

Si nous nous référons à l'organisation psycho-dynamique de la personnalité comme facteur de vulnérabilité dépressive (Bergeret, 1972, 1974, 1975, 2004; Ferrant, 2007), la dépression peut se retrouver dans différentes organisations de la personnalité, mais elle est plus fréquemment associée à l'organisation limite de la personnalité. La pathologie dépressive comme expression préférentielle des états-limites est confirmée par différentes études (Déniker & Olié, 1990; Battegay, 1992; Goudeman, 1994; Roger *et al.*, 1995; Zanarrini & Coll, 2001). Ces différents auteurs insistent sur la spécificité de la dépression en fonction du type d'organisation de la personnalité. Dans la dépression névrotique, la perte d'objet conduit à la possibilité d'un travail de deuil. Ce travail de deuil consiste à renoncer progressivement à investir l'objet aimé perdu (phase de la douleur dépressive) pour pouvoir investir ultérieurement d'autres objets d'amour. Même si la souffrance psychique est grande, le sujet est dans la capacité de pouvoir effectuer ce travail de deuil. Cette capacité est liée au fait qu'il dispose parallèlement de bons objets internes qui lui permettent de surmonter la perte et la phase d'anéantissement de la dépression.

Dans la *dépression limite/narcissique*, la perte d'objet entraîne une faille narcissique fondamentale due à l'insuffisante constitution d'objets internes. Aussi, tout renoncement à l'objet externe aimé, tout travail de deuil, est impossible. N'ayant pas d'objets internes solides, le sujet est dépendant de la présence de l'objet externe, considéré comme un objet « bouchon » qui remplit le manque et le vide interne du sujet. Le sujet déprimé-limite n'est pas en mesure d'élaborer les affects de tristesse liés à la séparation et à la perte (le sujet n'a pas atteint la position dépressive), aussi il « substitue » à l'objet d'amour perdu un autre objet. Et cette substitution montre l'impossibilité à effectuer un travail de deuil. Différentes études montrent que les dépressions limites-narcissiques sont marquées par davantage d'impressions de vide et une moindre anxiété et culpabilité que les dépressions névrotiques (Battegay, 1992; Goudeman, 1994). La crainte de l'abandon, l'auto-destruction et le sentiment de vide sont davantage retrouvés chez les patients déprimés limites (Roger *et al.*, 1995).

Plus récemment, Sarramon *et al.* (1999) montrent des liens entre la dépression et certaines caractéristiques psychodynamiques de la personnalité comme les pathologies de caractère à haut niveau (hystériques, obsessionnelles) selon la terminologie de Kernberg

(1984) ou de niveau intermédiaire (passives-agressives, narcissiques, infantiles). Le mode de fonctionnement préférentiel est marqué par la dépendance anaclitique (modérée ou sévère), trace d'une fixation orale de la personnalité. Cette dimension de la dépendance est fréquemment retrouvée dans la psychogénèse des dépressions (Boyce *et al.*, 1990; Hirschfeld *et al.*, 1983; Lam *et al.*, 1996; Perris *et al.*, 1984; Skodol *et al.*, 1996). Abraham (1924) a été le premier à parler de la fixation pré-génitale orale du déprimé. Cette fixation orale est la trace d'une blessure grave du narcissisme liée à la déception des expériences intimes avec le premier objet d'amour (l'objet maternel). Aussi, chaque accès dépressif doit être compris comme une répétition de la déception maternelle primaire.

4.5.2 Attachement et personnalité

Quant au modèle de l'attachement (Bowlby, 1977 a, 1977 b, 1978 a, 1978 b, 1984; Sroufe & Waters, 1977; Sroufe, 1996; Main, 1990; Cassidy & Kobak, 1988), *il pourrait à son tour être interrogé comme un modèle de personnalité prédisposant à la dépression*. Le modèle de l'attachement (que ce modèle soit secure ou insecure) répond aux différentes caractéristiques d'une personnalité (DSM IV-TR) : il est considéré comme un mode durable de l'expérience vécue (Bowlby, 1984; Main *et al.*, 1985; Carnelley *et al.*, 1994; Collins & Read, 1994) sur différents domaines : la cognition (les caractéristiques cognitives des modèles internes opérants de soi et *d'autrui*) (Bowlby, 1984), l'affectivité (les stratégies de régulation émotionnelle) (Cassidy & Kobak, 1988) et le fonctionnement interpersonnel (l'établissement et la qualité des relations interpersonnelles sont fonction de l'intériorisation préalable des modèles internes opérants) (Bowlby, 1984; Bartholomew & Horowitz, 1991).

Bowlby (1977 a; 1977 b) considérait déjà le modèle d'attachement comme un modèle développemental de la personnalité ayant des répercussions sur la psychopathologie et plus particulièrement sur la dépression. Pour lui, le système d'attachement représente l'équivalent psychologique du « *système immunitaire* » en médecine en jouant un rôle dans la sécurité et l'intégrité psychique de l'individu. Aussi, un attachement secure favorise une personnalité saine tandis qu'un attachement insecure favorise le développement de troubles psychopathologiques (notamment de troubles dépressifs). Plus récemment, Lançon (2011) associe l'attachement insecure anxieux (préoccupé) aux caractéristiques de la personnalité des sujets déprimés. A l'instar de Bowlby (1984), il considère la dépression à partir des représentations mentales spécifiques du sujet déprimé marquées par des cognitions et des

images négatives de soi. Ces images négatives de soi - engendrant une faible estime de soi - sont le fruit des relations précoces néfastes avec les figures parentales.

Si le modèle d'attachement est associé à une composante développementale de la personnalité, nous pouvons penser qu'un attachement insécurisé peut être à l'origine de troubles de la personnalité dans lesquels on retrouve des difficultés à établir des liens affectifs sécurisants, satisfaisants, solides et autonomes. Dans cette optique, Fonagy (2001) fait un lien entre les différents types d'attachements insécurisants et la théorie développementale de Blatt : nous aurions d'un côté les « personnalités au lien affectif exagéré » dites « *personnalités anaclitiques* » (dépendance, besoin permanent d'être en relation) qui ressembleraient à l'attachement préoccupé; et de l'autre côté les personnalités dites « *introjectives* » (besoin excessif d'autonomie et de distance affective) qui ressembleraient au contraire à l'attachement détaché. Les pathologies anaclitiques correspondent aux personnalités dépendantes, histrioniques, borderlines (DSM IV). Quant aux pathologies introjectives, elles correspondent aux personnalités évitantes, schizoïdes, schizotypiques, narcissiques et antisociales. A partir de ces deux pathologies développementales (pathologie introjective et pathologie anaclitique), Blatt & Bers (1993) distinguent deux formes de dépression : une *dépression anaclitique* marquée par la dépendance, le besoin excessif d'être en relation et d'être rassuré et une *dépression autocritique* marquée au contraire par des attaques psychiques contre soi-même et une dévalorisation de soi, en lien avec l'écart entre le moi et son idéal. Beck (1983) a également de son côté distingué deux dimensions de personnalité associées à la manière d'envisager les liens affectifs et la plus ou moins grande dépendance aux autres : ces dimensions sont la *sociotropie* (dépendance sociale extrême, attente constante de soutien par autrui) et l'*autonomie* (recherche extrême d'indépendance) et conduisent à des formes diverses de dépression.

Zuroff *et al.* (1995) ont montré empiriquement le lien entre les styles d'attachement, la dépression et les différentes dimensions de personnalité de Beck (1983) et de Blatt & Bers (1993). Ainsi, les déprimés ayant un attachement préoccupé ressemblent aux sujets ayant une pathologie « anaclitique » (Blatt & Bers, 1993) ou une personnalité « sociotropique » (Beck, 1983); ces sujets sont très dépendants des autres et revendiquent auprès d'eux toujours plus de proximité affective. En outre, la valeur de leur « *soi* » est fonction de la perception qu'ils ont de la qualité de leurs relations interpersonnelles et de la réassurance apportée par ces relations.

Quant aux déprimés ayant un attachement craintif, ils ressemblent aux sujets ayant une pathologie « *auto-critique* » ou une personnalité « *autonome* »; ces sujets n'attribuent pas leur dépression aux vicissitudes de leurs relations affectives. Au contraire, ils ont une grande culpabilité et focalisent leurs critiques et leurs déceptions sur leur « *soi* » qu'ils n'estiment pas être à la hauteur de l'idéal qu'ils se sont fixés.

Plus récemment, Permuy, Merino & Rey (2010) ont montré le rôle de « médiation » (facteur intermédiaire) des dimensions de la personnalité de Beck (autonomie et sociotropie) dans les relations entre la dépression et les styles d'attachement interpersonnel. Cette étude confirme celle de Zuroff *et al.* (1995). Les auteurs observent un lien entre la dépression et les styles d'attachement préoccupés et craintifs, et ce lien se fait par l'intermédiaire respectif des personnalités sociotropiques (recherche excessive de liens) et autonomes (chercher l'indépendance à l'autre plutôt que le lien). Par l'observation de ces résultats, les auteurs font l'hypothèse que l'attachement insecure prédispose les individus à développer des « personnalités dépressogènes ».

4.6 Liens entre dépression et attachement : revue de travaux

Dans cette partie, nous présentons une revue de travaux des différentes études empiriques réalisées sur les *liens entre dépression et attachement insecure*. Ces études seront évoquées en distinguant les « *différents attachements* » de l'adulte déprimé : l'attachement parental construit dès l'enfance (Main *et al.*, 1985) et les attachements actuels de l'adulte, l'attachement amoureux (Hazan & Shaver, 1987) et l'attachement interpersonnel (Bartholomew & Horowitz, 1991).

L'idée est de montrer, à partir des études empiriques, que les sujets déprimés ont développé un attachement insecure de type préoccupé ou craintif et ce, quels que soient les types de relations d'attachement (attachement parental passé, attachement amoureux et attachement interpersonnel). Aussi, nous pensons que l'ensemble des « attachements » de l'adulte (attachement parental, attachement amoureux et attachement interpersonnel) sont insecure et constituent des facteurs de vulnérabilité dépressive.

Tout d'abord, nous évoquerons les liens entre la dépression et l'attachement parental infantile. Les différentes études sur l'attachement parental passé s'inscrivent dans la conception développementale de l'attachement adulte (Main *et al.*, 1985). Dans cette conception, évaluer l'attachement, c'est évaluer essentiellement l'attachement issu de l'intériorisation à l'âge adulte des expériences d'attachement infantile. Deux niveaux d'attachements sont investigués pour en rendre compte : « *l'état d'esprit d'attachement* » et les « *stratégies d'attachement* » (Kobak *et al.*, 1993; Pierrehumbert *et al.*, 1996).

Ensuite, nous parlerons des liens entre dépression et attachement amoureux. Cet attachement est fondamental chez les sujets déprimés car il correspond à l'attachement spécifique de l'adulte, comme ce fut le cas des parents dans l'enfance (Hazan & Shaver, 1987). L'attachement amoureux est évalué à partir des « *styles d'attachement romantique* » correspondant aux attentes, pensées et émotions des sujets dans leurs relations avec leurs partenaires amoureux. L'attachement amoureux est mesuré avec l'outil ECR.

Enfin, nous évoquerons le troisième type de relation d'attachement chez l'adulte, l'attachement interpersonnel et son rôle dans la pathologie dépressive. L'attachement interpersonnel est évalué à partir des styles d'attachement selon la conception de Bartholomew et d'Horowitz (1991). Cet attachement est mesuré avec l'outil RQ (Relationship questionnaire). Cet outil investigate la perception des relations interpersonnelles.

4.6.1 Dépression et attachement parental passé insecure

● Etudes évaluant l'état d'esprit d'attachement (A.A.I)

La majorité des études (Fonagy *et al.*, 1996; Roseinstein & Horowitz, 1996; Bakermans-Kraneneburg & Van Ijzendoorn, 2009) chez l'adulte déprimé portant sur l'attachement infantile aux figures parentales *l'évalue à partir de l'A.A.I* (Adult Attachment Interview) de Main *et al.* (1985). L'AAI, se présente sous forme d'un entretien semi-structuré destiné aux adultes, ciblant l'état d'esprit actuel du sujet adulte vis-à-vis de l'attachement infantile en lien avec la « *parentalité* ». L'A.A.I se base, pour l'évaluation, sur la formation

narrative du discours des sujets lorsqu'ils évoquent leurs expériences d'attachement, notamment celles renvoyant aux expériences passées avec les parents.

Ces différentes études indiquent que les sujets déprimés ont préférentiellement un état d'esprit insecure de type préoccupé (A.A.I). Les sujets qui ont un état d'esprit préoccupé font un récit fourni de leur passé mais qui tend à être digressif et à ne pas se focaliser sur les questions de l'entretien. Les pensées sont concentrées, presque exclusivement, autour des expériences passées et sur les relations avec les parents. Les récits sont fortement ambivalents. Ils peuvent exprimer un sentiment de colère mal contenu vis-à-vis des parents ainsi qu'un positionnement du sujet tantôt positif, tantôt négatif vis-à-vis de leurs relations avec ceux-ci.

→ *L'étude de Fonagy et al. (1996)* a été effectuée auprès de 82 patients non psychotiques et auprès de 85 sujets du groupe contrôle. Pour Fonagy et al. (1996), les patients déprimés ont été plus fréquemment classés dans la catégorie d'attachement *insecure* (détaché ou préoccupé) que les sujets du groupe contrôle.

→ *Quant à Rosenstein et Horowitz (1996)*, ils retrouvent davantage **un état d'esprit préoccupé** chez les adolescents déprimés. Cette étude a été réalisée auprès de 60 adolescents non psychotiques, hospitalisés pour un trouble des conduites ou pour des troubles affectifs divers dont la dépression. L'évaluation diagnostique des troubles psychopathologiques s'est effectuée avec le SCID (outil d'évaluation diagnostique selon les critères du DSM III TR). 50% des sujets avaient un état d'esprit préoccupé et ces sujets présentaient des troubles psychopathologiques dits « internalisés » (dépression, anxiété etc...). Aussi, la discussion s'est portée sur les liens entre la préoccupation et les troubles de type « internalisé » marqués par des affects intensifiés et des manifestations de détresse.

→ *En 2009, Backermans-Kranenburg & Van Ijzendoorn* regroupent 200 études issues de l'A.A.I provenant des 25 dernières années (10 500 sujets au total). Ils observent que les sujets ayant une symptomatologie dépressive présentent davantage un état d'esprit d'attachement insecure mais pas nécessairement de type préoccupé. A l'instar de Rosenstein & Horowitz (1996), Backermans-Kranenburg et Van Ijzendoorn (2009) font l'hypothèse d'un lien entre *l'état d'esprit préoccupé et les troubles psychopathologiques internalisés*.

●Etudes évaluant les « stratégies d'attachement »

Les différentes études montrent un lien entre la dépression et les stratégies d'hyperactivation de l'attachement, c'est-à-dire les *stratégies préoccupées* (Cole-Detke et Kobak, 1996; Miljkovitch *et al.*, 2005). Ce lien montre que les personnes déprimées sont absorbées continuellement par leurs expériences d'attachement d'enfance et les affects qui s'y rapportent. Ces personnes ont des revendications affectives vis-à-vis de leurs parents : elles considèrent que leurs parents ne les auraient pas suffisamment aimées, désirées, confortées, encouragées, rendues adultes et autonomes. Aussi, elles n'arrivent pas à prendre des distances affectives, elles présentent une grande immaturité affective les conduisant à rechercher continuellement de l'affection autour d'elles pour remédier au « préjudice de désamour de l'enfance ».

→ Une étude de Cole-Detke et Kobak (1996) évalue l'attachement infantile de l'adulte déprimé à partir de la notion de stratégies d'attachement - notion que nous utiliserons dans notre recherche et qui a été définie précédemment dans le détail dans la partie 2-3. Néanmoins, cette étude garde le « canevas » de l'A.A.I, utilisée comme guide d'entretien pour investiguer l'attachement aux parents. En revanche, le codage se fait à partir du rôle de la régulation des affects et du traitement de ces affects dans les représentations d'attachement des sujets. L'étude de Cole-Detke et Kobak (1996) a été réalisée auprès de 61 femmes inscrites à l'Université. Ces femmes présentaient une symptomatologie dépressive ou des troubles alimentaires. Les résultats de cette étude indiquent que les femmes qui présentaient des stratégies secondaires d'hyperactivation (stratégies préoccupées) reportaient des niveaux élevés de symptômes dépressifs. Quant aux femmes qui présentaient des stratégies secondaires de désactivation (stratégies détachées), elles souffraient en revanche, davantage de troubles alimentaires. Les auteurs concluent que les stratégies défensives (dites secondaires) d'attachement conduisent à des expressions symptomatiques et psychopathologiques différentes.

→ Une étude de Miljkovitch et al. (2005) investigate les relations entre les stratégies d'attachement et différents troubles psychopathologiques chez des sujets âgés de 15 à 25 ans : 71 sujets ont une symptomatologie dépressive, 26 sujets présentent des troubles alimentaires et 20 autres sujets sont toxicomanes (abus de drogues). Les stratégies d'attachement sont évaluées à partir de l'auto-questionnaire *Ca-mir* (Pierrehumbert *et al.*, 1996) - auto-

questionnaire utilisé dans notre recherche. Quant à la symptomatologie dépressive, elle est mesurée avec la BDI, échelle dépressive auto-évaluative. Les résultats montrent un lien entre la stratégie préoccupée et la dépression et les troubles alimentaires. Dans ses deux pathologies, l'« interférence parentale » (préoccupation passée) est significative, ce qui va dans le sens d'un support affectif parental anxieux excessif et omniprésent. Ce qui entrave le travail de séparation et le développement d'une autonomie affective et psychique à l'égard des parents.

4.6.2 Dépression et attachement romantique insécure

Concernant l'attachement amoureux (dit « attachement romantique »), les études montrent un lien significatif entre les dimensions insécures anxieuses et évitantes des styles d'attachement romantique et la dépression (Conradi & Jongue, 2008; Lee & Hankin, 2009; Malinckrodt & Wei, 2005; Wei *et al.*, 2003, 2004, 2005 a, 2005 b; Tasca *et al.*, 2009; Whiffen, 2005).

Selon Brennan *et al.* (1998), la dimension de l'attachement anxieux est caractérisée par la peur de l'abandon et une préoccupation excessive à l'égard du partenaire alors que la dimension de l'attachement évitant est caractérisée par la peur de l'intimité et le refus de compter sur les autres pour répondre aux besoins d'attachement. Selon les études (Malinckrodt & Wei, 2005; Wei *et al.*, 2003, 2004, 2005 a, 2005 b; Shaver *et al.*, 2005), les personnes déprimées présentent, soit uniquement la dimension anxieuse de l'attachement romantique (dans ce cas, l'attachement romantique est dit « préoccupé »), soit conjointement les dimensions anxieuses et évitantes (dans ce cas, l'attachement est dit « craintif ») - reprise de la terminologie de Bartholomew & Horowitz (1991).

La littérature sur l'attachement met en évidence l'inquiétude de la personne déprimée au sujet de ses relations amoureuses : inquiétude notamment d'être abandonnée ou de ne pas être aimée suffisamment par son partenaire amoureux. Cette angoisse d'être abandonnée et non désirée comme objet d'amour est associée à la faible estime de soi de la personne déprimée, relative à la construction d'un modèle de soi « indigne d'être aimé » (Lee & Hankin, 2009; Roberts *et al.*, 1996; Bowlby, 1984). Pour les personnes craintives qui ont parallèlement une dimension évitante élevée, elles tentent de se défendre de leurs propres dépendances et angoisses d'abandon vis-à-vis du partenaire en montrant des attitudes de détachement « forcé ». Ces personnes souhaitent réprimer - mais sans succès (la dimension anxieuse de

l'attachement reste élevée) - leurs angoisses et leurs attitudes de dépendance vis-à-vis du partenaire. Ces attitudes d'indépendance et d'évitement de l'intimité excessive sont en lien avec la peur d'être rejeté (Reis *et al.*, 2004). Whiffen (2005) observe aussi que les caractéristiques d'attachement du partenaire amoureux interfèrent sur la dépression du sujet et sur son propre attachement insecure. Pour Whiffen (2005), les individus qui évitent l'intimité (présence probable d'un attachement évitant-ECR) ou qui dévalorisent leur époux-se, sont perçus par leur conjoint comme indisponibles, ce qui engendre chez le conjoint de l'insécurité d'attachement et de la dépression.

Nous allons présenter maintenant de manière plus détaillée deux études faisant le lien entre dépression et attachement romantique : une étude de Wei *et al.* (2005) et une étude de *Tasca et al.* (2009).

→ L'étude de Wei *et al.* (2005) est réalisée auprès de 425 étudiants. L'objectif de cette étude est d'associer l'attachement romantique insecure avec le niveau de dépression mais aussi avec d'autres facteurs psychologiques tels que « la recherche excessive de réassurance » et le « renforcement de soi ». Il s'agit aussi de montrer que les dimensions évitantes et anxieuses de l'attachement romantique chez le déprimé renvoient théoriquement aux « modèles internes opérants de soi et des autres » décrits initialement par Bowlby (1984) et repris par Bartholomew & Horowitz (1991). Les sujets de l'étude répondent à l'ensemble des questionnaires suivants : ECR (questionnaire des expériences amoureuses - attachement romantique, Brennan *et al.*, 1998), ERS (questionnaire de recherche excessive de réassurance), BFNE (Perception et évaluation négative des autres, Leary, 1983), CES-D (échelle évaluant le niveau de dépression, Radloff, 1977), SRDS (évaluation des différents aspects de la dépression, Zung, 1965). Les résultats indiquent que la dépression est associée à la fois à l'attachement romantique anxieux et à l'attachement romantique évitant. Mais des différences sont observées en fonction d'autres facteurs psychologiques. Dans l'attachement anxieux, les symptômes dépressifs sont liés à la fois au renforcement de soi et au besoin de réassurance par autrui. Tandis que dans l'attachement évitant, les symptômes dépressifs sont uniquement fonction du renforcement de soi. Ce qui signifie que, les personnes déprimées ayant un attachement insecure anxieux à l'égard du partenaire, utilisent des « ressources externes » (la réassurance par autrui et par le partenaire amoureux) pour pallier la fragilité de leur soi tandis que les personnes déprimées ayant un attachement insecure évitant se focalisent davantage sur leurs ressources propres pour renforcer leur soi.

→ Quant à l'étude de *Tasca et al.* (2009), elle s'intéresse au rôle des stratégies de régulation affective comme médiation des relations entre les dimensions d'attachement romantique (évitantes et anxieuses) (évaluées avec l'outil ECR), la symptomatologie dépressive et les troubles des conduites alimentaires. Cette étude est effectuée auprès de 310 femmes hospitalisées. Les résultats indiquent que l'attachement romantique anxieux contribue à la fois à la symptomatologie dépressive et aux troubles des conduites alimentaires. Ces patients ayant un attachement romantique insecure anxieux présentent une forte réactivité affective. En revanche, l'attachement romantique insecure évitant est uniquement associé aux symptômes dépressifs. Dans ce cas, pour les auteurs, l'attachement évitant est lié à la désactivation des affects. En outre, les auteurs insistent sur l'idée qu'il faut prendre en considération les stratégies de régulation affective pour rendre compte des liens entre les styles d'attachement romantique et les psychopathologies.

4.6.3 Dépression et attachement interpersonnel insecure

Concernant l'attachement interpersonnel, de nombreuses études montrent que les personnes déprimées présentent un attachement insecure préoccupé ou un attachement insecure craintif (Chahraoui, Reynaud, Pinoit *et al.*, 2006; Murphy & Bates, 1996; Permuy *et al.*, 2010; Priel & Shamaï, 1994; Reis *et al.*, 2004; Roberts *et al.*, 1996; West *et al.*, 1998; Zaghdoudi *et al.*, 2009; Zuroff *et al.*, 1995). L'étude de Murphy et Bates (1996) indique notamment que 47% des sujets déprimés présentent un style d'attachement interpersonnel craintif et 35% de ces sujets ont un style d'attachement « préoccupé ». En revanche, les autres styles d'attachement interpersonnel sont peu représentés chez les sujets déprimés (13% de « démissionnaires », et seulement 7% de « secure »). Ces deux styles d'attachement interpersonnel, craintif et préoccupé, retrouvés de manière importante chez les sujets déprimés, renvoient à des manières distinctes d'anticiper, de percevoir, d'établir et d'interpréter les relations interpersonnelles.

Ces différences dans la manière d'envisager les relations interpersonnelles sont fonction de la construction préalable des modèles internes opérants du sujet (Bartholomew & Horowitz, 1991; Griffin & Bartholomew, 1994; Collins & Read, 1994; Bowlby, 1984). Pour Bartholomew & Horowitz (1991), l'attachement préoccupé renvoie à la construction d'un

modèle interne opérant de soi négatif et d'un modèle interne opérant positif; quant à l'attachement craintif, il renvoie à la construction d'un modèle interne opérant de soi et d'autrui négatif. Aussi, les sujets déprimés comptent sur les autres pour pallier leurs difficultés psychiques (modèle d'autrui positif) contrairement aux sujets déprimés craintifs (modèle d'autrui négatif).

Les sujets déprimés préoccupés comptent sur des « ressources externes » : ils recherchent la validation, la réassurance continue d'autrui pour renforcer leur soi et valoriser leur estime de soi (Reis *et al.*, 2004; Roberts *et al.*, 1996; Shaver *et al.*, 2005). En outre, les sujets déprimés préoccupés sont très demandeurs dans le soin et s'appuient beaucoup sur les soignants et le dispositif de soins (Ciechanowski *et al.*, 2003). Quant aux sujets déprimés craintifs, ils comptent davantage sur leurs « ressources internes », ils éprouvent une grande culpabilité à être dans leur état dépressif contrairement aux sujets préoccupés qui attribuent leur état à leurs frustrations affectives (Murphy & Bates, 1997; Roberts *et al.*, 1996; Zuroff *et al.*, 1995). Cette attitude de non appel à l'autre renvoie à la peur d'être à nouveau rejeté (Reis & Grenyer, 2004). Ce rejet est associé au contenu du modèle interne opérant d'autrui « *indisponible et rejetant* » faisant suite aux expériences réelles dans l'enfance d'indisponibilité et de rejet parentaux (Bartholomew & Horowitz, 1991; Bowlby, 1984). En outre, la qualité de « l'alliance thérapeutique » dépend du style d'attachement interpersonnel du sujet déprimé. Les personnes déprimées préoccupées vont davantage bénéficier de la relation et de l'alliance thérapeutique contrairement aux personnes déprimées craintives qui, évitant l'intimité par peur d'être rejetées, vont mettre un frein au déroulement et au succès de la psychothérapie (Reis & Grenyer, 2004).

Pour illustrer plus précisément les liens entre dépression et attachement interpersonnel, nous évoquerons deux études récentes : celle de Chahraoui *et al.* (2006) et celle de Zaghoudi *et al.* (2009).

➔ L'étude de Chahraoui, Reynaud, Pinoit et al. (2006) : Elle consiste à mettre en évidence un lien entre vulnérabilité dépressive, styles d'attachement interpersonnel et soutien social perçu. Cette étude est réalisée auprès de 35 sujets déprimés et de 35 sujets témoins ne présentant aucune pathologie psychiatrique. Chaque sujet participe à une investigation psychologique comportant des échelles dépressives (BDI et Madrs), un questionnaire de perception des relations interpersonnelles (RQ) (Bartholomew & Horowitz, 1991) évaluant

l'attachement interpersonnel et un questionnaire de soutien social perçu (SSQ6) (Sarason & al., 1983). Les résultats montrent une faible disponibilité du réseau social chez les sujets déprimés. Nous observons une absence de relation proche (notamment pas de confidents) et une présence plus importante de pertes vécues, en particulier avec les figures d'attachement parentales. Quant aux styles d'attachement interpersonnel des sujets déprimés, ils sont davantage de type craintif et préoccupé. Ces deux styles d'attachement ont en commun un modèle de soi négatif. Aussi, les auteurs se demandent si la valeur négative du modèle de soi peut être rattachée à la notion d'estime de soi, considérée comme un trait prédictif de la dépression. Mais, pour les auteurs, une question demeure quant à la nature complexe des liens entre la dépression et les styles d'attachement : les styles d'attachement sont-ils une composante/conséquence de la dépression ou sont-ils un modèle de vulnérabilité préexistant à la dépression?

→ *L'étude de Zaghoudi et al. (2006)*: Cette étude a pour objectif de montrer que les styles d'attachement interpersonnel et le soutien social perçu constituent des facteurs de vulnérabilité dépressive. Cette étude a été réalisée auprès de 80 patients déprimés (critères du DSM IV de l'épisode dépressif majeur) issus de l'hôpital (en consultation ou hospitalisés) et auprès de 80 témoins indemnes de toute pathologie psychiatrique. La population était composée de 64% de femmes et de 36% d'hommes. La sévérité de la dépression a été évaluée à partir de l'échelle de dépression de Hamilton. Deux auto-questionnaires ont été administrés : le questionnaire de perception des relations (Bartholomew & Horowitz, 1991) évaluant l'attachement interpersonnel et le questionnaire de soutien social perçu (SSQ6) (Sarason & al., 1983) évaluant l'importance du réseau social perçu et la satisfaction de ce soutien. Les sujets déprimés étaient significativement moins secure (29% versus 56%) et plus insecure-craintifs (25% versus 1%) que les sujets du groupe témoin. En ce qui concerne le soutien social perçu, les sujets déprimés percevaient moins de disponibilité sociale et de satisfaction. Les auteurs concluent que les sujets déprimés présentent des caractéristiques relationnelles particulières marquées par l'insécurité dans les relations interpersonnelles et par un faible soutien social.

5. STABILITE OU MODIFICATION DE L'ATTACHEMENT EN LIEN AVEC LA DEPRESSION

Si le modèle d'attachement insecure (préoccupé et craintif) est en relation avec la pathologie dépressive, il reste à savoir si les modèles d'attachement constituent des facteurs de vulnérabilité stables, préexistants à la dépression, ou bien peuvent-ils être considérés comme une composante/ou une conséquence de la dépression (Carnelley *et al.*, 1994; Chahraoui *et al.*, 2006; Feeney *et al.*, 2003; Scharfe, 2007; Whiffen, 2005). L'hypothèse de l'attachement comme modèle de vulnérabilité préexistant à la dépression s'appuie sur l'idée que l'attachement est davantage une caractéristique psychologique durable, liée à un fonctionnement relationnel stable construit dans la prime enfance, plutôt qu'une caractéristique « état », liée au vécu dépressif actuel (Bowlby, 1984; Carnelley, 1994; Collins & Read, 1990; Fraley, 2002; Lewis, 1997; Main *et al.*, 1985; Schachner, 2005).

5.1 Stabilité des modèles d'attachement

Selon Bowlby (1978 b, 1984), les modèles internes opérants sont relativement labiles et perméables jusqu'à l'âge de 5 ans. *En revanche, après cette période, les modèles ont tendance à rester stables tout au long de la vie* puisque chaque nouvelle expérience est interprétée et assimilée à partir du modèle interne existant, préalablement construit par le sujet à partir de ses premières expériences affectives. Aussi, le sujet perçoit et interprète les événements actuels à travers le filtre (correspondant au M.I.O) des événements qu'il a déjà vécus et encodés, même si ces événements affectifs contredisent les attentes et croyances des M.I.O. C'est dans cette optique que Bowlby (1984) considère que les M.I.O sont plutôt imperméables et résistants au changement. De plus, les M.I.O sont tellement appris qu'ils fonctionnent de manière automatique et inconsciente; ce qui rend peu probable une réévaluation et une réorganisation consciente des M.I.O et par conséquent leur changement.

Depuis les travaux de Bowlby (1984), l'hypothèse de la stabilité des modèles d'attachement a une influence prépondérante chez les théoriciens de l'attachement (Main *et al.*, 1985; Bretherton, 1985, 1990; Owens *et al.*, 1995; Sroufe *et al.*, 1990; Waters *et al.*, 2000a), et elle s'inscrit dans la *perspective dite prototypique* de l'attachement (Fraley, 2002). Cette perspective s'appuie initialement sur l'influence de la pensée psychanalytique de Freud (1938,

1967) dans l'œuvre de Bowlby (1958; 1978 a; 1978 b; 1984). A l'instar de Freud (1938), Bowlby (1984) pense que la relation à la mère est unique et s'établit de façon immuable à un stade précoce pour constituer le prototype de toutes les relations d'amour ultérieures. Les deux auteurs s'accordent aussi à dire de manière plus générale que *les comportements et l'organisation de la vie mentale de l'adulte sont le fruit de son développement infantile précoce* (Freud, 1905, en référence à sa théorie du développement libidinal). Cette perspective prototypique est une perspective déterministe puisqu'au-delà d'une période sensible précoce (Main *et al.*, 1985, en accord avec Freud) marquée par une certaine plasticité du modèle d'attachement, ce modèle d'attachement devient ensuite rigide et imperméable à tout changement et ce, quelles que soient les expériences d'attachement ultérieures.

L'hypothèse de la perspective prototypique est étayée à partir de l'organisation particulière précoce du modèle d'attachement (M.I.O). Avant l'apparition du langage et surtout des capacités de métacognition²⁰ (Main, 1991), l'enfant n'a que des connaissances issues et stockées dans la *mémoire procédurale*. Durant cette période, les modèles internes opérants sont essentiellement de *type procédural*. Aussi, les sujets ne sont pas en capacité de faire appel au langage et à l'élaboration mentale consciente pour encoder les événements et les expériences affectives. Le niveau de la *mémoire dite procédurale* correspond à un schème d'action, qui provient de l'apprentissage des situations sociales. Il correspond dans la théorie de l'attachement à une séquence de régulation émotionnelle : activation de comportements ayant pour fonction le sentiment de sécurité (Crittenden, 1992). Cette mémoire est automatique et inconsciente, non contrôlée par le sujet. Dans la *mémoire procédurale*, le langage et la narrativité n'interviennent pas, ce qui conduit le sujet à encoder des schémas de comportements et d'actions en fonction des événements mais sans pouvoir avoir d'impact sur l'élaboration et le sens des événements.

Pour les partisans de la *perspective prototypique*, les modèles d'attachement sont stables puisque le sujet n'a pas eu de « prise consciente » dans sa prime enfance sur l'organisation de son modèle d'attachement. Dans la prime enfance, le sujet va apprendre « inconsciemment » et de manière implicite des réactions émotionnelles et comportementales spécifiques. Aussi, il ne peut réviser et modifier plus tard les modèles d'attachement qu'il a construit de manière

²⁰ Ces capacités de métacognition qui émergent vers l'âge de 6 ans permettent au sujet de se représenter autre chose que l'expérience immédiate et sa propre subjectivité, c'est-à-dire pouvoir se représenter les intentions de l'autre).

implicite et automatique dans les premières années de la vie (c'est-à-dire avant l'arrivée du langage et de la métacognition). Ce n'est qu'ensuite, dans les relations ultérieures, que le sujet peut encoder les événements de manière discursive et davantage consciente à partir des mémoires *sémantiques* (élaboration et représentation généralisée des relations d'attachement) et *épisodiques* (représentation narrative de l'affect et de l'expérience vécue).

Des études empiriques de grande ampleur, s'effectuant sur une durée de 16 à 20 ans (Hamilton, 2000; Main cité par Fraley, 1999; Waters *et al.*, 2000) *confirment l'hypothèse de la stabilité du modèle d'attachement.* Waters *et al.* (2000) ont investigué les modèles d'attachement de 50 sujets (29 femmes et 21 hommes) à deux reprises : la première investigation a eu lieu à 12 mois avec le *paradigme de la situation étrange* d'Ainsworth *et al.* (1978) (observation des « *styles d'attachement* ») et la seconde a eu lieu avec l'*A.A.I* (outil d'évaluation de l'attachement adulte - investigation de l'« *état d'esprit d'attachement* » - construit sous forme d'interview et s'intéressant principalement aux représentations des relations d'attachement avec les parents depuis l'enfance) lorsque les sujets avaient 21 ans. L'ensemble des sujets sont issus de la classe moyenne américaine. Les résultats indiquent que 64% des sujets ont été classés à l'AAI (20 ans plus tard) dans la catégorie d'attachement dans laquelle ils avaient été classés à 12 mois dans la situation étrange. Si les sujets sont classés selon la dichotomie *secure/insecure*, la correspondance entre la situation étrange et l'AAI s'élève à 72%. Avec une méthodologie similaire, Hamilton (2000) observe auprès de 30 adolescents une continuité importante du modèle d'attachement : par rapport à la situation étrange (observation à 12 mois) 77% des sujets ont la même correspondance à l'AAI en fonction de la dichotomie *secure/insecure*. Dans une étude analogue de Main non publiée (citée par Fraley en 2002) portant sur 45 sujets de 19 ans, nous retrouvons une correspondance forte de 80% entre la situation étrange et l'AAI selon la dichotomie *secure/insecure*.

En ce qui concerne les études utilisant la notion de styles d'attachement (ce qui est le cas dans notre recherche), l'hypothèse de la stabilité des styles d'attachement est confirmée par plusieurs études empiriques sur des durées allant de 2 semaines à 6 ans (Bartholomew, 1990; Collins & Read, 1990; Scharfe Bartholomew, 1994; Kirkpatrick & Davis, 1994; Kirkpatrick & Hazan, 1994; Baldwin & Fehr, 1995; Davila, Karney and Bradbury, 1999; Lopez & Gormley, 2002; Cozarelli *et al.*, 2003; Sibley & Liu, 2004; Zhang & Labouvie-Vief, 2004; Pielage *et al.*, 2006). Cependant, cette stabilité des styles d'attachement est dans

l'ensemble modérée (Baldwin & Fehr, 1995; Cozarelli *et al.*, 2003). Sur une étude longitudinale de 5 années portant sur 207 étudiants, Lopez & Gormley (2002) montrent une stabilité relative (significative mais pas forte) des styles d'attachement. Sur une étude longitudinale de 6 ans, Zhang & Labouvie-Vief en 2004 indiquent également une stabilité moyenne des styles d'attachement. Sur un temps plus court de 8 mois, Scharfe & Bartholomew (1994) montrent à leur tour une correspondance modérée des styles d'attachement, équivalente à 59%, sur une population de 144 jeunes adultes vivant dans un environnement stable (moyenne d'âge 24 ans et demi) entre les deux périodes. Dans l'étude de Cozarelli *et al.* (2003) portant au contraire sur 442 femmes fragilisées, ayant subi un avortement, la continuité des styles d'attachement sur une période de 2 ans est légèrement plus faible, elle est de 54 %.

Cependant, il est à noter que la stabilité des styles d'attachement est plus importante dans les relations romantiques que dans les relations interpersonnelles. Sur une population de 51 étudiants, Pielage *et al.* (2006) observent sur une étude longitudinale de 8 mois une plus grande continuité des styles d'attachement romantique (amoureux) que des styles d'attachement interpersonnel : nous passons d'une continuité de 80% entre les deux périodes (T1, premier mois; T2, huitième mois) pour l'attachement romantique à une continuité de 60% en ce qui concerne l'attachement interpersonnel. Si nous comparons plus précisément les résultats concernant la sécurité d'attachement, 89% des sujets restent secure au cours des 8 mois dans les relations amoureuses alors qu'il n'y a que 73% des sujets qui demeurent secure dans les relations interpersonnelles. Plusieurs hypothèses peuvent rendre compte de cette différence de stabilité. D'une part, l'attachement romantique concerne une personne spécifique alors que l'attachement interpersonnel renvoie plus globalement à un modèle d'attachement général composé de différentes personnes. Ainsi, l'attachement interpersonnel est divers et peut aussi varier plus facilement en fonction de l'entourage relationnel actuel (Cozarelli, 2003; Pielage *et al.*, 2003). D'autre part, le partenaire correspond à la figure d'attachement spécifique et stable de l'adulte, comme ce fut le cas des parents dans l'enfance (Hazan & Shaver, 1990) (recherche d'intimité et de sécurité affective auprès du partenaire). Aussi, contrairement aux relations romantiques, les relations interpersonnelles ne sont pas des relations d'attachement privilégiées mais sont les effets des modèles d'attachements du sujet dans les relations sociales (Scharfe & Bartholomew, 1995). Une étude de Hazan & Shaver (1990) réalisée auprès de 100 adultes confirme ce point : si à l'âge adulte, la proximité affective peut être recherchée auprès d'amis ou de proches, seul le partenaire amoureux peut

apporter une base de sécurité satisfaisante et stable pour le sujet (si la relation dure au moins deux ans). Hazan & Shaver (1990) montrent également que c'est uniquement auprès du partenaire que se réactivent en cas de séparation non prévue ou prolongée les réactions de grande détresse.

5.2 Attachement, facteur prédisposant à la dépression

Compte tenu de l'idée que l'attachement est plutôt stable et constitue un facteur de vulnérabilité précoce à la survenue de troubles psychopathologiques comme la dépression (Bowlby, 1984), des études empiriques se sont intéressées à l'impact de l'attachement du sujet dans la survenue ultérieure d'une dépression. Ainsi Feeney (2003) observe que les femmes ayant un attachement de type anxieux durant le second trimestre de leur grossesse ont un risque plus important de développer des symptômes dépressifs au 6^{ème} mois du post-partum. Whiffen (2005) rapporte que l'attachement romantique insecure évalué chez les couples en détresse maritale prédit une augmentation de la dépression au sein du couple trois mois après la première évaluation. Hammen *et al.* (1995) montrent que l'attachement insecure de jeunes femmes adultes ayant vécu des événements stressants (désordres psychologiques chez leurs enfants, antécédents chez ces femmes de troubles dépressifs à l'adolescence) a un impact sur la survenue d'une dépression à un an d'intervalle.

Pour Scharfe (2007), les liens prédictifs constatés dans ces études (Feeney, 2003; Hammen *et al.*, 1995; Whiffen, 2005) entre attachement et dépression sont inférés plutôt que directement observés puisque les associations entre dépression et attachement ne sont pas mesurées lors des différents temps d'évaluation. Dans les études de Hammen *et al.* (1995) et Whiffen (2005), les liens entre attachement et dépression ne sont mesurés qu'au premier temps d'évaluation alors que la dépression est évaluée de manière isolée à différentes périodes. En tenant compte de ces critiques, Scharfe (2007) investigate la stabilité et la nature temporelle des liens entre attachement et dépression auprès de 235 femmes participant à une étude large sur les troubles psychiatriques post-nataux. Sur une étude d'une durée de 6 mois, en utilisant une méthodologie statistique basée sur les « modèles d'équation structurale », il montre que la dimension anxieuse de l'attachement interpersonnel, correspondant au modèle interne de soi, observée lors de la grossesse (c'est-à-dire à T1) est stable et prédit la dépression au 6^{ème} mois du post-partum (à T2).

5.3 Modification des modèles d'attachement en fonction de facteurs personnels et situationnels

Pour Baldwin & Fehr (1995), les styles d'attachement ne sont pas très stables dans le temps : ils observent sur deux ans auprès de 201 étudiants des modifications chez 30% des sujets. Les résultats sont similaires dans l'étude de Kirkpatrick & Hazan (1994) où les auteurs observent 30% de changement sur 4 ans (N=172). Quant à Cozarelli (2003), il constate 46% de changement des styles d'attachement, sur une période de 2 ans, chez 404 femmes ayant subi un avortement. Le degré de stabilité et de changement des styles est équivalent dans l'étude de Davila *et al.* (1999). Des changements significatifs au niveau des styles d'attachement sont constatés également dans des études plus longues, sur 5 (Lopez & Gromley, 2002) et 6 ans (Zhang & Labouvie-Vief 2004). Les auteurs en déduisent que l'attachement est beaucoup plus flexible que ne le pensait Bowlby (1984). En outre, les modèles d'attachement peuvent être modifiés et révisés. Même les études de grande ampleur utilisant l'AAI comme instrument d'évaluation de l'attachement montrent des changements importants. Ainsi, l'étude de Weinfield *et al.* (2004), portant sur 125 jeunes adultes (19 ans) considérés dès la naissance à haut risque social, ne montre pas de lien de continuité significatif entre leur attachement lorsqu'ils étaient de très jeunes enfants (à 12 mois à la situation étrange) et l'attachement actuel, évalué à l'âge de 19 ans (AAI). L'étude montre au contraire une grande instabilité des modèles d'attachement sur cette période. Le fonctionnement familial, le stress maternel et la maltraitance étant des facteurs favorisant le changement des modèles d'attachement.

L'hypothèse consistant à penser que les modèles d'attachement peuvent évoluer, s'aménager et se modifier au cours de la vie s'inscrit dans la perspective révisionniste (Lewis, 1997), opposée à la perspective prototypique (Owens et al., 1995; Sroufe et al., 1990). Pour Fraley (2002), cette perspective soutient que le modèle d'attachement peut être stable ou se modifier en fonction des relations d'attachement que le sujet tisse tout au long de la vie mais en aucun cas le modèle d'attachement est considéré comme étant intrinsèquement stable. Selon cette perspective, les représentations d'attachement précoces peuvent être révisées si des expériences d'attachement durables et profondes à l'âge adulte sont très différentes de l'enfance. Dans cette hypothèse, les attentes du modèle d'attachement, issues

des relations précoces, ne sont pas adéquates et doivent être repensées et modifiées pour s'adapter à la situation affective actuelle. Contrairement à l'enfant, l'adulte peut accéder, évaluer et traiter consciemment son modèle d'attachement, aussi il peut se rendre compte des divergences entre son modèle d'attachement ancien et les expériences avec ses figures d'attachement actuelles. Bowlby (1984) dit d'ailleurs que la sécurité d'attachement se maintient à l'âge adulte si les expériences d'attachement actuelles confirment celles de l'enfance. L'adulte comme l'enfant doit se sentir en sécurité dans son environnement affectif présent. Bowlby (1984) a montré que les perturbations affectives liées à l'environnement avaient un impact sur la sécurité d'attachement du sujet tout au long de la vie (notamment les expériences de séparation et de perte).

Les changements des styles d'attachement résulteraient de « phénomènes complexes » liés à l'intrication étroite de facteurs personnels et situationnels (Davila & Karney, 1999; Davila *et al.*, 1997; Davila & Cobb, 2003; Davila & Sergent, 2003; Cozarelli *et al.*, 2003; Zang & Labouvie Vief, 2004) récents et anciens comme l'insatisfaction maritale, l'estime de soi, la confiance en soi, la perception globale de soi et des autres, la perception du bien être psychologique, la détresse psychologique, la perception du soutien social et la séparation ou divorce parental. Mais ce changement est plus nettement observé en lien avec la santé mentale et notamment chez les personnes victimes d'abus ou ayant développé des troubles psychopathologiques comme la dépression (Cozarelli, 2003; Zang & Labouvie-Vief, 2004). Davila *et al.* (2009), en comparant différents modèles explicatifs de changement, ont montré que les circonstances de vie relationnelles, qu'elles soient positives ou négatives, ne suffisent pas à rendre compte de la modification des styles d'attachement. Aussi, des auteurs comme Davila *et al.* (1997), Scharfe & Bartholomew (1994) et Cozarelli *et al.* (2003), indiquent que les événements de vie relationnels stressants autres que le mariage, les nouvelles relations amoureuses ou les séparations - ces événements de vie relationnels associés au changement ont été initialement démontrés par Baldwin & Fehr (1995) et Feeney & Noller (1992) - ne sont pas fortement associés au changement des styles d'attachement. Cozarelli *et al.* (2003) constatent que la stabilité ou la modification des styles d'attachement ne dépendent pas des événements de vie mais de l'impact subjectif et de la résonance interne de ces événements. C'est dans cette optique que Cozarelli *et al.* (2003), sur une étude auprès de 442 femmes, s'intéressent également à l'estime de soi, à la perception subjective des relations sociales et aux facteurs personnels (perception du bien être, la santé mentale, le vécu dépressif). Ces auteurs montrent que l'augmentation de l'estime de soi et du soutien social est associée au

changement des styles d'attachement allant de l'insécurité à la sécurité. En revanche, la dépression et les expériences d'abus sont associées au changement des styles d'attachement allant de la sécurité à l'insécurité. Quant à Zhang et Labouvie-Fief (2004), ils montrent plus particulièrement, sur une étude d'une durée de 6 mois, l'impact de la dépression, des stratégies de coping et de la perception du bien être sur le changement de styles d'attachement.

5.4 L'attachement comme composante/ conséquence de la dépression

Les travaux précédents montrent la possible évolution des styles d'attachement en fonction à la fois de facteurs personnels et situationnels récents et anciens (Davila & Karney, 1999; Davila *et al.*, 1997; Davila & Cobb, 2003; Davila & Sergent, 2003). Les études indiquent aussi plus précisément que les troubles psychopathologiques et l'état de la santé mentale peuvent être associés au changement des styles d'attachement (Cozarelli, 2003; Zhang et Labouvie-Fief, 2004). En ce qui concerne la dépression, Scharfe (2007) a montré que le modèle d'autrui négatif de l'attachement interpersonnel, renvoyant à des attitudes de détachement affectif et relationnel, est la conséquence de la survenue de la pathologie dépressive. Aussi, les caractéristiques dépressives telles que l'émoussement affectif et le retrait relationnel conduiraient le sujet à modifier son style d'attachement et à percevoir les relations interpersonnelles de manière plus négative. En revanche, le modèle de soi négatif de l'attachement interpersonnel - fortement associé à la faible estime de soi (Roberts *et al.*, 1996) - est plutôt un facteur prédisposant à la dépression et non le résultat de celle-ci. Aussi, Scharfe (2007) montre que la dépression peut être en partie à l'origine de la modification du style d'attachement. Cozarelli *et al.* (2003) puis Zhang et Labouvie-Fief (2004) évoquent également des liens forts entre le changement des styles d'attachement et la dépression. Ainsi, la dépression modifierait le modèle interne d'attachement préexistant du sujet permettant de se représenter soi et les autres. Les sujets passeraient d'un modèle d'attachement secure à un modèle d'attachement insecure (évaluation après 2 ans ou 6 ans suivant les études respectives de Cozarelli *et al.* en 2003 et de Zhang et Labouvie-Fief en 2004) en lien avec la survenue au cours de cette période de la pathologie dépressive.

En outre, l'attachement peut être considéré comme un facteur « état », lié à la survenue et à l'évolution du vécu dépressif actuel du sujet (Chahraoui *et al.*, 2006). La clinique de la dépression nous invite à penser à la possibilité de changement des styles d'attachement en

fonction du vécu dépressif actuel du sujet, puisque ce dernier constitue un bouleversement par rapport à son état psychologique initial. En effet, l'avènement de la pathologie dépressive pourrait réaménager les styles d'attachement du sujet sur plusieurs aspects : elle colore les représentations de soi et du monde du sujet de manière négative, elle conduit à un repli sur soi important et a une incidence sur la désorganisation émotionnelle (Widlöcher, 1983). A l'instar de la dépression, le style d'attachement correspond à la fois à une certaine manière de se représenter soi et le monde (Bowlby, 1984; Bartholomew & Horowitz, 1991), de percevoir les relations interpersonnelles (Bartholomew & Horowitz, 1991; Bowlby, 1984; Collins & Read, 1990, Hammen *et al.*, 1995; Pietromonaco & Barnett, 2000) et de réguler ses expériences affectives (Cassidy & Kobak, 1988; Kobak *et al.*, 1993; Pierrehumbert *et al.*, 1996; Mikulincer *et al.*, 2003; Pionné et Atger, 2003; Wei *et al.*, 2005 b).

C'est pourquoi, l'image négative de soi renvoyée par le déprimé peut être la conséquence de son vécu dépressif actuel singulier et n'est pas nécessairement le reflet de son modèle d'attachement précoce (Chahraoui *et al.*, 2006). Aussi, le vécu d'insécurité du sujet déprimé pourrait être la conséquence de la sémiologie dépressive elle-même et de ses caractéristiques psychologiques (retrait affectif et social, pessimisme, mauvaise estime de soi). Quant à l'image négative d'autrui, elle peut être le signe du détachement affectif et relationnel de la dépression. En outre, la nature des liens entre attachement et dépression est certainement complexe. Aussi peut-on penser que la dépression peut également avoir un rôle dans la modification des rapports affectifs, de l'attachement et de la perception que le sujet peut avoir de lui-même, des autres et du monde.

6. PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Conformément aux conceptions et travaux de la littérature que nous avons présentés, nous considérons que *le modèle de l'attachement adulte est un modèle important de vulnérabilité dépressive.*

Tout d'abord, le modèle de l'attachement adulte est un modèle psychologique permettant d'expliquer de manière intégrée, complémentaire et dynamique certains aspects cliniques de la psychopathologie dépressive comme la perturbation de la régulation

émotionnelle et l'insécurité des liens affectifs passés (parentaux) et présents (amoureux et interpersonnels). D'une part, nous estimons qu'il est important de prendre en compte, dans notre recherche, l'ensemble des liens significatifs d'attachement passé (parents) et présent (amoureux) puisqu'ils participent conjointement au développement de la sécurité ou de l'insécurité des modèles d'attachement de l'adulte (dits « modèles internes opérants »). A l'instar de Hazan et Shaver (1987), nous considérons que le partenaire amoureux correspond à la figure d'attachement significative et spécifique de l'adulte tandis que les parents constituent la figure d'attachement principale de l'enfance. Nous prenons également en compte, dans notre recherche, les représentations des liens interpersonnels. Comme Bowlby (1984), nous pensons que les modèles d'attachement (M.I.O.), issus des expériences significatives, influencent la représentation, la perception, les émotions, les comportements et les attentes vis-à-vis des relations interpersonnelles. Aussi, il est important de mettre en lumière l'attachement interpersonnel pour comprendre le modèle d'attachement de l'adulte et ses incidences sur la pathologie dépressive. D'autre part, la prise en compte des différents liens affectifs est particulièrement pertinente pour appréhender la psychopathologie de la dépression. Les études épidémiologiques et psychanalytiques (travaux d'Abraham, 1911, 1924) montrent le poids et l'importance majeure des liens affectifs passés (avec les parents, notamment avec la mère) et présents (avec le conjoint) difficiles (insatisfactions, rejets, frustrations, menaces d'abandon, ruptures, traumatismes) dans la vulnérabilité dépressive. Bowlby (1984) lui-même a fait de la dépression de l'adulte une psychopathologie majeure de l'insécurité des liens d'attachement. Il considère que la dépression est la conséquence des expériences infantiles négatives et insécurisantes vécues auprès des figures parentales. Enfin, conformément au modèle d'attachement, nous considérons que la perturbation de la régulation émotionnelle est le reflet de la qualité et de la nature des expériences d'attachement : en se liant à sa figure d'attachement, le sujet expérimente ses propres émotions et régule ses affects. Au même titre, nous estimons que les troubles de l'humeur et de la perturbation émotionnelle présents dans la dépression ne sont pas à comprendre de manière isolée mais en relation avec l'histoire des liens affectifs. D'ailleurs, les sujets déprimés expriment eux-mêmes un lien fort entre la perturbation de leurs émotions (en particulier le débordement des émotions et la détresse affective) et les vicissitudes de leurs relations affectives.

Ensuite, il nous semble aussi que la vulnérabilité du modèle de l'attachement adulte dans la psychopathologie de la dépression reste encore à approfondir lorsque nous

considérons la pathologie dépressive au regard de la stabilité ou du changement du modèle d'attachement : est-ce que le modèle de l'attachement adulte (M.I.O.) est stable? ou se modifie-t-il en fonction du vécu actuel de la dépression? Si le modèle de l'attachement adulte est stable et « imperméable au changement », nous pourrions faire l'hypothèse qu'il est plutôt un facteur de vulnérabilité plus ancien et préexistant à la dépression. En revanche, si le modèle de l'attachement se modifie en fonction de la dépression actuelle des sujets, nous pourrions émettre l'hypothèse selon laquelle il est en partie une composante ou une conséquence de l'actualité de la pathologie dépressive. La stabilité du modèle de l'attachement est défendue par Bowlby (1984), elle est conforme à l'hypothèse dite « prototypique de l'attachement ». Selon Bowlby (1978 b; 1984), les modèles ont tendance à être plutôt stables tout au long de la vie pour deux raisons : la première est qu'ils fonctionnent de manière automatique et inconsciente; la seconde est que chaque nouvelle expérience est interprétée et assimilée à partir du modèle interne opérant existant. Ces raisons rendent alors peu probable une réorganisation du modèle d'attachement. Nous avons également tendance à penser que le modèle d'attachement adulte est plutôt stable et ne varie pas fondamentalement en fonction de la survenue ou de l'évolution de la pathologie dépressive. Aussi, nous défendons davantage l'idée selon laquelle le modèle d'attachement adulte est plutôt un facteur de vulnérabilité ancien, préexistant à la dépression. Ce nouvel angle de vue, vis-à-vis de la vulnérabilité dépressive et des travaux antérieurs, participe en partie à l'originalité de notre recherche.

Nous considérons enfin que le modèle d'attachement peut participer à la construction de personnalités pathologiques susceptibles d'être des facteurs favorisant la survenue de la pathologie dépressive. En effet, nous pensons que les personnalités pathologiques retrouvées et fréquemment associées à la dépression (personnalités dépendantes, évitantes, borderline, histrioniques) ont en commun une grande insécurité des liens affectifs. Malgré leurs différences, les personnalités dépendantes et borderline sont marquées par une grande dépendance à l'autre et par l'angoisse d'abandon tandis que la personnalité évitante est marquée par des relations « anxieuses », « phobiques » et « défiantes » dans le lien à l'autre par peur d'être jugé ou humilié. Aussi, nous considérons que ces personnalités ont été construites en fonction de liens d'attachement insécurisés. Dans cette optique, ces personnalités présentent des fragilités en terme d'attachement, les conduisant à être des facteurs de vulnérabilité dépressive.

Aussi, les objectifs de la recherche sont les suivants :

- Investiguer de manière plus approfondie les représentations insécurisées de l'ensemble des liens d'attachement passés (parentaux) et présents (amoureux, relations interpersonnelles) des sujets déprimés.

- Evaluer de manière longitudinale la stabilité ou la modification des représentations des liens d'attachement présents en fonction de l'évolution de la pathologie dépressive.

- Investiguer la perturbation de la régulation émotionnelle des sujets déprimés et ses conséquences (liaison affects/représentations, capacités de mentalisation).

- Identifier plus spécifiquement la régulation émotionnelle et les représentations des liens d'attachement passés et présents chez les sujets déprimés présentant un trouble de la personnalité.

Ces objectifs peuvent être observés à partir des différents niveaux d'investigation de l'attachement adulte :

→ Les stratégies d'attachement : Elles correspondent à des stratégies de régulation émotionnelle : régulation équilibrée des émotions (sécurisée), hyper-régulation des émotions (préoccupé), désactivation des émotions (détaché). Ces stratégies nous informent également des capacités d'élaboration et de traitement psychique des informations de nature émotionnelle (Pierrehumbert, 2000). Aussi une régulation non équilibrée des affects conduit à des difficultés à mentaliser (Fonagy, 2001) à traiter et à élaborer les expériences affectives. Par ailleurs, le niveau des stratégies d'attachement rejoint en partie le niveau dit « état d'esprit d'attachement ». Ce niveau renvoie plus précisément à l'appréciation, l'intégration et l'élaboration psychique actuelle des expériences d'attachement. Nous pensons qu'il y a une prévalence de la stratégie préoccupée dans la dépression (hyper-activation des émotions et des représentations à forte charge affective, liées aux relations d'attachement).

→ Les représentations des expériences d'attachement passé : Il s'agit de déterminer le rôle central des représentations insécurisées des expériences d'attachement passées (infantiles avec les figures parentales). Nous pensons que ces représentations d'attachement

passées sont plutôt d'ordre insecure-préoccupée (sur-investissement affectif et psychique des relations passées, ambivalence, dépendance à l'égard des objets parentaux).

→ Les styles d'attachement actuels : romantique et interpersonnel : Les styles d'attachement reflètent la perception, la représentation et l'appréciation affective et comportementale des relations d'attachement actuelles, amoureuses (Hazan & Shaver, 1987) et interpersonnelles (Bartholomew, 1991). Nous pensons que les styles d'attachement insecure amoureux et interpersonnels de type anxieux/préoccupé (inquiétude dans les relations intimes, besoin d'intimité, peur de l'abandon) ou craintif (défiance, peur du rejet affectif) constituent des facteurs de vulnérabilité dépressive.

Ainsi, notre recherche peut se décomposer en trois grands axes correspondant à trois hypothèses générales :

- Première hypothèse générale : Nous nous attendons à ce que les sujets déprimés présentent une régulation émotionnelle perturbée, marquée par l'hyper-activation des affects (stratégies insecure préoccupées) et associée à des représentations insécurisées des différents liens d'attachement passés (parentaux) et présents (amoureux et interpersonnels).

- Deuxième hypothèse générale : Nous nous attendons à ce que les représentations des liens d'attachement présents (styles d'attachement amoureux et interpersonnels) soient stables dans le temps et indépendantes du changement de l'intensité du niveau de dépression.

- Troisième hypothèse générale : Nous nous attendons à ce que les sujets déprimés ayant un trouble de la personnalité, présentent davantage, de perturbation de la régulation émotionnelle et d'insécurité des représentations des liens d'attachement passés et présents que, les sujets déprimés sans trouble de la personnalité.

Nous allons maintenant présenter la méthodologie de notre recherche. Celle-ci va nous permettre de montrer comment nous allons procéder pour répondre aux objectifs et hypothèses générales de notre recherche.

CHAPITRE 3. METHODOLOGIE

CHAPITRE 3. METHODOLOGIE

Ce chapitre concerne la *méthodologie de la recherche* et aborde les points suivants : les *caractéristiques de la population d'étude et du groupe témoin*, le *dispositif de notre recherche* (identification des variables de la recherche et le protocole de la recherche), la *présentation des outils de notre recherche* (l'entretien clinique, les échelles de dépression et les auto-questionnaires d'attachement) et leur justification, la *procédure de passation*, les *hypothèses opérationnelles* et enfin la *méthode d'analyse et de traitement des données*.

1. DESCRIPTION DE LA POPULATION DE L'ETUDE

Les personnes souffrant de dépression représentent une part importante des personnes en souffrance mentale et psychique, que ce soit dans les cabinets libéraux (médecins généralistes, psychologues, médecins psychiatres), les centres médico-psychologiques ou en hospitalisation en psychiatrie. Aussi, la dépression est considérée comme un problème de santé publique : elle touche 20% de la population mondiale au cours de la vie entière dont 15% de la population générale française (Sire, 2007; Bohbot, 2007). Elle constitue d'ailleurs la deuxième cause d'invalidité derrière les maladies cardio-vasculaires (rapport O.M.S. 2001). Dans les différents lieux où j'interviens en tant que psychologue clinicien au Pôle 4 du C.H. La Chartreuse (en intra-hospitalier, aux C.M.P. de Chenôve et de Quétigny), les troubles dépressifs sont très fréquemment rencontrés chez nos patients : ils représentent à eux seuls 23,5% des différents troubles psychiatriques répertoriés durant l'année 2009. En outre, nous avons souhaité nous intéresser à cette population en lien avec la problématique d'attachement (stratégies d'attachement, représentations de l'attachement parental et familial, attachement amoureux et attachement interpersonnel).

1.1 Description du groupe déprimé

Le groupe déprimé de notre étude est composé de 50 femmes déprimées adultes hospitalisées ayant entre 23 et 60 ans. L'âge moyen du groupe déprimé est de 44 ans et 5 mois [44,42 (+/- 9,03)]. Quant au nombre moyen d'enfants par femmes du groupe déprimé, il est de 1,82 (+/- 1,26) enfants par femmes. La durée moyenne d'hospitalisation pour les sujets déprimés de notre recherche est de 25,02 jours (+/-16,21). Aussi, la durée d'hospitalisation est

très variable (de 9 à 75 jours). En outre, toutes les personnes du groupe déprimé ont disposé des informations nécessaires sur la recherche pour prendre, de manière éclairée, la décision de participer à notre étude. Toutes ont signé auprès du psychiatre référent de l'étude un consentement écrit avant d'être définitivement incluses (cf. Annexe 1). Cette recherche a reçu l'avis favorable du Comité Consultatif de Protection des Personnes dans la Recherche Biomédicale de Bourgogne.

Notre recherche s'est effectuée successivement dans deux hôpitaux distincts de la ville de Dijon : tout d'abord dans le service de Psychiatrie et d'Addictologie du C.H.U. de Dijon sur la période de Septembre 2004 à Juin 2006 où nous avons recruté 31 femmes déprimées, et ensuite dans le service de psychiatrie du secteur 4 du C.H. La Chartreuse de Septembre 2006 à Février 2008 où nous avons recruté 19 femmes déprimées.

D'autres caractéristiques cliniques que l'hospitalisation actuelle sont spécifiques à ce groupe déprimé. D'une part, 66% du groupe déprimé ont précédemment fait un épisode dépressif majeur (DSM IV) et 70% de ce groupe au moins une tentative de suicide. En outre, 52% du groupe déprimé ont fait une tentative de suicide à moins de 15 jours de l'admission actuelle en service de psychiatrie. D'autre part, 54% du groupe déprimé dit avoir vécu une séparation conjugale à moins d'un an de leur hospitalisation. Enfin, il est à noter que 62% de ce groupe déprimé ont déjà été hospitalisés en service de psychiatrie (cf. Annexe 2).

1.1.1 Critères d'inclusion

Nous avons uniquement inclus, dans notre étude, des sujets femmes adultes souffrant *d'épisodes dépressifs majeurs* (Axe I du DSM IV). Tout d'abord, le diagnostic *d'épisode dépressif majeur* est réalisé par le psychiatre du service référent des patientes à l'aide d'un examen clinique. Ensuite, ce diagnostic est confirmé par le psychologue évaluateur ou praticien (les 19 dernières patientes de l'étude ont été recrutées par le psychologue praticien des patientes) à partir d'un entretien clinique. Enfin, le diagnostic de dépression est confirmé par des scores seuils à deux échelles dépressives : l'une, auto-évaluative, c'est-à-dire évaluée par les patientes déprimées elles-mêmes (BDI) et l'autre, hétéro-évaluative, c'est-à-dire évaluée par le clinicien chercheur (Madsr). Pour inclure les patientes dans notre étude, le score à la BDI doit être supérieur à 16, c'est-à-dire correspondre à la dépression sévère selon

les critères de l'échelle auto-évaluative (équivalent cliniquement à une dépression majeure selon le DSM IV). Quant au score à la Madrs, il doit être supérieur à 20, puisque c'est le seuil fixé par Montgomery et Asberg (1979), les auteurs de l'échelle, pour permettre l'inclusion de sujets déprimés dans une recherche scientifique. Ainsi, par souci de rigueur scientifique, les patientes recrutées dans notre étude doivent répondre positivement aux 4 évaluations : celle du psychiatre référent, du psychologue et celles résultant des deux échelles dépressives (BDI et Madrs). Quant aux patientes, ayant cliniquement des troubles dépressifs légers ou, non suffisamment caractérisés (moins de 5 symptômes dépressifs pour affirmer une dépression majeure, aussi exclusion des troubles dysthymiques), ainsi que des niveaux de dépression faibles ou modérés aux deux échelles dépressives (mesurés à partir de la BDI et de la Madrs), elles ont été écartées de notre échantillon.

1.1.2 Critères d'exclusion

Nous avons tenu à exclure dans notre étude les sujets déprimés présentant d'autres troubles psychopathologiques que la dépression majeure (Axe I DSMIV) afin d'éviter les biais de comorbidité. A partir des éléments du dossier médical et des différentes données cliniques (apportées par le psychologue évaluateur, les différents soignants, voire la famille), nous avons exclu les troubles bipolaires, les troubles liés à la psychose et les pathologies plurielles associées à la dépression. Pour ces dernières, il s'agit essentiellement des différentes pathologies dites « addictives » (troubles alcooliques, troubles liés aux substances voire aux troubles des conduites alimentaires). En outre, l'existence de plusieurs pathologies au sein de notre échantillon constituerait un biais majeur puisque nous ne serions pas certains que les résultats obtenus soient liés spécifiquement à la pathologie dépressive. Ces critères d'exclusion sévères ont conduit à refuser un nombre important de sujets ayant une dépression majeure (DSM IV).

1.1.3 Caractéristiques sociodémographiques

Concernant le statut marital, 46% des femmes déprimées de l'étude sont séparées (ou divorcées), 34% d'entre elles sont en couple (mariées, concubinage ou relations amoureuses récentes), 16% sont célibataires et 4% sont veuves. Aussi, presque la moitié des femmes du

groupe déprimé sont séparées de leur conjoint et 66% d'entre-elles ne sont pas actuellement avec un partenaire amoureux (cf. Tableau 5).

Tableau 5 : Prévalence (%) des différents statuts maritaux au sein du groupe déprimé

Statut marital	Groupe déprimé (N=50) Fréquences
En couple (avec concubin ou mariée)	34% (N=17)
Célibataire	16% (N=8)
Séparée ou Divorcée	46% (N=23)
Veuve	4% (N=2)

1.2 Description du groupe témoin

Le groupe témoin est composé de 50 femmes adultes de 21 à 60 ans. L'âge moyen du groupe déprimé témoin est de 36 ans et 10 mois [36,80 (11,12)]. Quant au nombre moyen d'enfants par femmes du groupe témoin, il est de 1,22 (1,28) enfants par femmes.

Toutes les femmes du groupe témoin sont des agents hospitaliers du C.H. La Chartreuse à Dijon. La distribution selon les professions hospitalières est la suivante : 36% d'infirmières, 14% de stagiaires infirmières, 10% de psychologues, 10% de secrétaires médicales, 6% de médecins psychiatres, 6% de cadres de santé, 6% d'assistantes sociales, 6% d'agents de service hospitalier, 4% d'aides soignantes, 2% d'internes en psychiatrie.

1.2.1 Critères d'inclusion

Afin de rendre homogène nos deux populations, nous avons exclusivement choisi des femmes adultes au sein du groupe témoin pour neutraliser la variable sexe. Nous avons également souhaité que les personnes du groupe témoin présentent *a priori* une certaine

homogénéité. Aussi, tous ces sujets sont issus du même terrain de recherche (C.H. La Chartreuse), ce qui permet de neutraliser des variables pouvant être « dépendantes » d'un terrain de recherche spécifique. En effet, toutes ces femmes travaillent au sein d'un même hôpital psychiatrique (C.H La Chartreuse) et sont en contact avec des patients hospitalisés en psychiatrie. Ensuite, pour être certain que notre groupe témoin soit rigoureusement un groupe « *contrôle* », nous avons vérifié qu'il ne présentait pas cliniquement de dépression (investigation à partir d'un entretien clinique). L'utilisation de deux échelles dépressives, l'une auto-évaluative (BDI) et l'autre, hétéro-évaluative (MadrS), permet d'attester et de confirmer que les sujets du groupe témoin ne souffrent pas de dépression.

1.2.2 Critères d'exclusion

Nous avons exclu de notre groupe témoin les sujets présentant des scores de dépression significatifs même modérés après évaluation de leur dépression par les sujets eux-mêmes (évaluation auto-évaluative à partir de la BDI) et par le clinicien chercheur (évaluation hétéro-évaluative à partir de la MadrS). Ainsi, nous avons exclu les femmes qui présentaient à la BDI des scores seuils de dépression, renvoyant cliniquement aux dépressions modérées et sévères ($BDI \geq 8$). Nous avons exclu également les sujets considérés comme déprimés selon les auteurs de la MadrS (score MadrS ≥ 15). Aussi, il est important de noter que les sujets qui n'ont pas de dépression caractérisée (au sens du diagnostic d'épisode dépressif majeur selon le DSM IV) mais qui présentent par ailleurs, certains symptômes dépressifs ou, une intensité dépressive légère, ne sont pas retenus pour faire partie de notre groupe témoin. Enfin, par souci de rigueur scientifique, nous avons écarté les sujets ayant déjà présenté un état dépressif moins de 10 ans avant la passation de la recherche.

1.2.3 Caractéristiques sociodémographiques

Concernant le statut marital, 50% des femmes du groupe témoin sont en couple (mariées, concubinage ou relations amoureuses récentes), 34% sont célibataires, 16% d'entre elles sont séparées (ou divorcées) et 0% sont veuves. Aussi, la moitié des femmes composant le groupe témoin est actuellement en couple (cf. Tableau 6).

Tableau 6 : Prévalence (%) des différents statuts matrimoniaux au sein du groupe témoin

Statut marital	Groupe témoin (N=50) Fréquences
En couple (avec concubin ou mariée)	50% (N=25)
Célibataire	34% (N=16)
Séparée ou Divorcée	16% (N=8)
Veuve	0% (N=0)

2. DISPOSITIF DE LA RECHERCHE

Nous évoquons dans cette partie le dispositif de notre recherche empirique. Notre dispositif a ceci de spécifique que les variables utilisées, dans notre recherche, sont évaluées à deux temps différents : en début (T1) et en fin d'hospitalisation (T2). Aussi, nous sommes en mesure d'observer l'évolution des processus psychologiques (ici les variables de l'attachement et de la dépression) chez les sujets de notre étude. Cette partie est subdivisée en deux axes : le premier correspondant à l'identification des variables, le second correspondant au protocole de recherche.

2.1 Identification des variables

2.1.1 Les variables indépendantes.

Nous précisons que le groupe témoin ne fait partie que de la première des deux modalités de la première variable dite « *type de population* » (P). Pour les autres variables indépendantes concernant des groupes de sujets, il s'agit de sous-groupes issus de la population déprimée.

2.1.1.1 Une première variable : *le type de population (P)*

- Cette variable présente deux modalités : - *population déprimée*.
- *population témoin*.

Cette variable est utilisée pour rendre compte des spécificités de l'attachement (stratégies, représentations d'expériences, attachement amoureux, attachement interpersonnel) chez les femmes déprimées. Aussi, la population témoin correspond au groupe contrôle lorsque nous le comparons à la population déprimée sur les différentes variables dépendantes.

2.1.1.2 Une deuxième variable : *le moment de l'hospitalisation (T)*

- Cette variable présente deux modalités : - *Début d'hospitalisation (T1)*.
- *Fin d'hospitalisation (T2)*.

Cette variable permet d'observer l'évolution de la dépression et des styles d'attachement amoureux et interpersonnel au cours de l'hospitalisation au sein du groupe clinique, c'est-à-dire entre le début (T1) et la fin de l'hospitalisation (T2).

2.1.1.3 Une troisième variable : *le niveau de dépression du groupe clinique (ND)*

Cette variable est utilisée pour distinguer des groupes cliniques en fin d'hospitalisation en fonction du niveau de leur dépression. Ces niveaux de dépression ont été choisis à partir des critères cliniques de rémission de la dépression définis par Frank *et al.* (1991). Il est à noter que les critères de Frank *et al.* (1991) sont basés sur l'observation de l'évolution clinique des symptômes dépressifs et non sur l'effet éventuel des traitements antidépresseurs. Frank *et al.* (1991) distinguent deux types de rémission : *la rémission partielle* et la *rémission complète* de la dépression. La rémission complète correspond à une amélioration dépressive d'un degré suffisant pour que le patient puisse être considéré comme « asymptotique ». Dans ce cas, le patient ne peut pas présenter plus de deux symptômes dépressifs. Quant à la rémission partielle, elle correspond à une réduction du nombre et de l'intensité des symptômes d'un niveau tel qu'il ne répond plus aux critères définissant le syndrome dépressif. Cependant, le patient reste symptomatique et présente des symptômes résiduels. Avec l'échelle Madrs - particulièrement sensible au changement de l'état clinique - des

études nombreuses et répétées ont pu déterminer des seuils *de rémission complète* (Madr ≤ 10) (Zimmerman *et al.*, 2004; Keller MB, 2003; Rogers *et al.*, 2005; Adler *et al.*, 2009) et *partielle* (Madr ≤ 15) de la symptomatologie dépressive (Steffen *et al.*, 2003; Hybels *et al.*, 2006).

Ces différents seuils sont repris dans notre étude pour déterminer les différents niveaux de dépression des sujets en fin d'hospitalisation (T2) : *niveaux de dépression sévère (Madr > 15), modérée (Madr ≤ 15) et faible (Madr ≤ 10)*. Compte tenu de la faible durée de l'hospitalisation, nous parlons de niveaux de dépression et non d'amélioration ou de rémission dépressive (24,74 jours). En outre, nous souhaitons savoir si ces différents groupes, caractérisés par leur niveau de dépression à T2, se distinguent en fonction des différents attachements (stratégies, représentations d'expériences, styles romantiques et interpersonnels) à T1 et à T2.

- Cette variable présente trois modalités : - *Dépression faible* (DF).
 - *Dépression modérée* (DM).
 - *Dépression sévère* (DS).

2.1.1.4 Une quatrième variable : *Présence ou absence d'Antécédent(s) dépressif(s)* (AD)

- Cette variable présente deux modalités : - *Présence d'antécédent(s) dépressif(s)* (PAD).
 - *Absence d'antécédent(s) dépressifs(s)* (AAD).

2.1.1.5 Une cinquième variable : *Présence ou absence d'une tentative de suicide* (TS)

- Cette variable présente deux modalités : - *Présence d'une tentative de suicide*.
 - *Absence d'une tentative de suicide*.

2.1.1.6 Une sixième variable : *Présence ou absence de troubles de la personnalité (TP)*

- Cette variable présente deux modalités : - *Présence d'un trouble de la personnalité.*
- *Absence d'un trouble de la personnalité.*

Ces trois variables indépendantes présentées précédemment (AD, TS, TP) ont été vérifiées et contrôlées dans les deux groupes (déprimé et témoin).

2.1.2 Les variables dépendantes

2.1.2.1 Une première variable : *les stratégies d'attachement (SA)*

Les stratégies d'attachement sont mises en place dans les relations interpersonnelles. Elles correspondent à des stratégies de régulation émotionnelle et de traitement de l'information émotionnelle relatives aux expériences d'attachement construites depuis la prime enfance avec les figures parentales.

- Cette variable présente trois modalités : - *Stratégie secure-autonome.*
- *Stratégie détachée.*
- *Stratégie préoccupée.*

2.1.2.2 Une deuxième variable : *les représentations d'expériences d'attachement (RE)*

Les représentations d'expériences d'attachement s'inscrivent dans la *tradition développementale de l'attachement adulte* (Main et al., 1985). Ces représentations se décomposent en trois niveaux de réalité : *les expériences parentales passées, les expériences familiales présentes et l'état d'esprit vis-à-vis de l'attachement* (représentations généralisées et élaboration actuelle des expériences d'attachement infantiles).

- Cette variable présente quatre modalités :
 - *Représentations d'expériences secure-autonomes.*
 - *Représentations d'expériences détachées.*
 - *Représentations d'expériences préoccupées.*
 - *Représentations d'expériences non résolues.*

2.1.2.3 Une troisième variable : *les styles d'attachement romantique* (AR)

Les styles d'attachement romantique (amoureux) renvoient à l'attachement spécifique de l'adulte. Ils correspondent aux pensées, émotions et comportements intervenant au sein des relations amoureuses.

● Cette variable présente quatre modalités :

- *Style romantique secure (évitement et anxiété faibles).*
- *Style romantique démissionnaire (évitement important et anxiété faible).*
- *Style romantique préoccupé (évitement faible et anxiété importante).*
- *Style romantique craintif (évitement et anxiété importants).*

2.1.2.4 Une quatrième variable : *les styles d'attachement interpersonnel* (AI)

Les styles d'attachement interpersonnel correspondent aux pensées, émotions et comportements intervenant dans les relations interpersonnelles actuelles.

● Cette variable présente quatre modalités : - *Style interpersonnel secure.*

- *Style interpersonnel démissionnaire.*

- *Style interpersonnel préoccupé.*

- *Style interpersonnel craintif.*

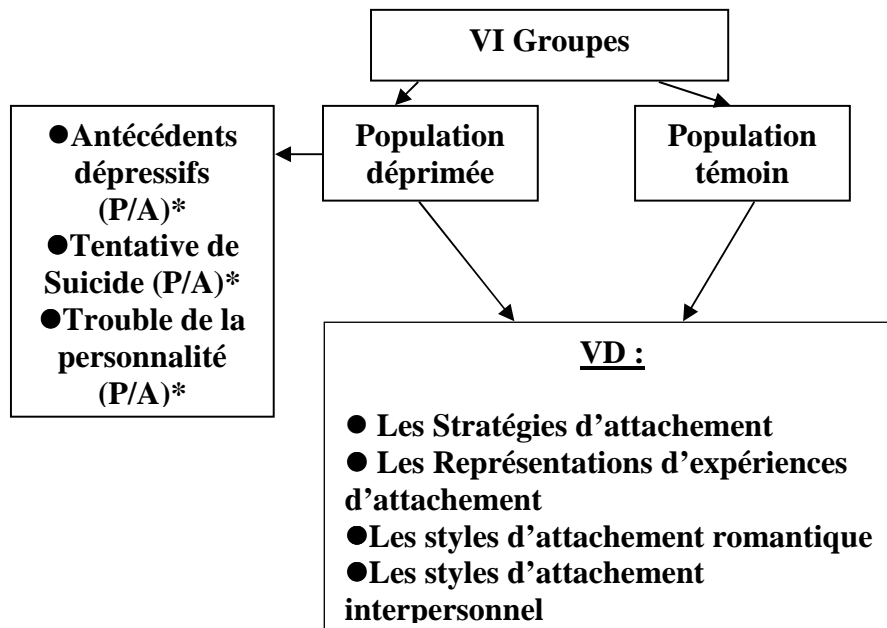
2.2 Protocole de la recherche

Le protocole de la recherche est construit sur deux axes :

→ L'axe I concerne les évaluations psychologiques effectuées en début d'hospitalisation (T1). Il s'intéresse aux liens existants en début d'hospitalisation (T1) entre les différentes « VI groupes » et l'ensemble des VD relatives à l'attachement (S= stratégies d'attachement ; RE= représentations d'expériences d'attachement ; AI =styles d'attachement interpersonnel ; AR= styles d'attachement romantique). Nous observons également en début

d'hospitalisation les relations au sein du groupe déprimé entre les différents attachements, c'est-à-dire entre les différentes variables dépendantes : stratégies/représentations d'expériences d'attachement (regroupées ensemble) et les styles d'attachement romantique (AR) et interpersonnel (AI).

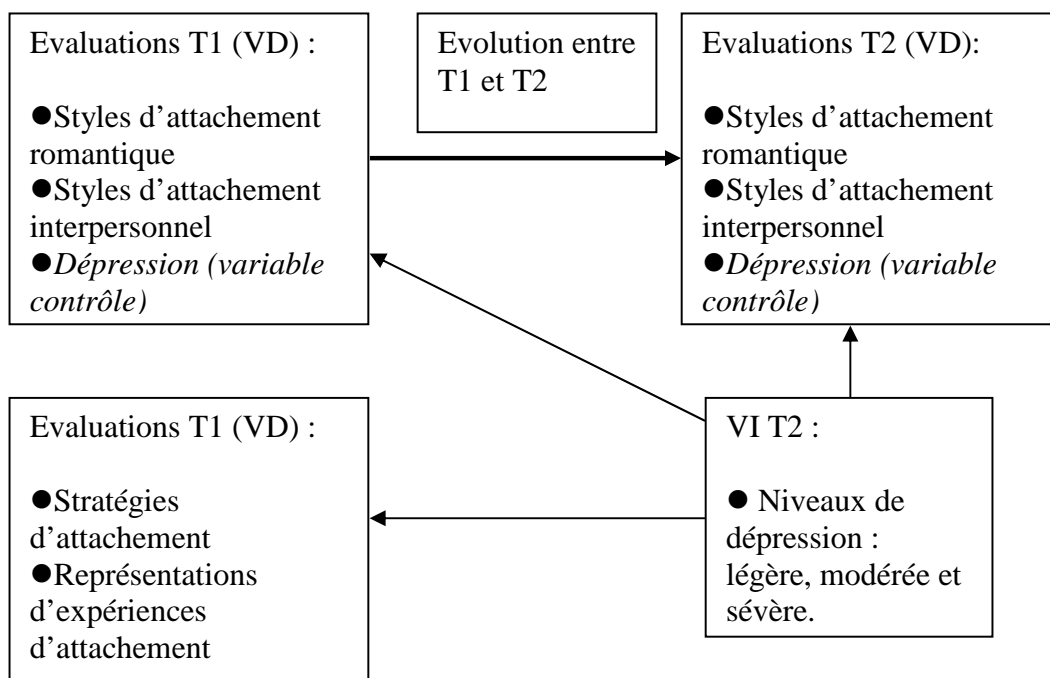
1^{ère} Axe : Evaluations psychologiques en début d'hospitalisation (T1)



**Groupes VI : Présence ou absence correspondant aux deux modalités de la VI.*

→ L'axe II prend en compte au sein du groupe déprimé les évaluations psychologiques intervenant durant les deux moments de l'hospitalisation (T1 et T2). Il étudie l'évolution des variables dépendantes suivantes entre le début (T1) et la fin d'hospitalisation (T2) : les styles d'attachement romantique et interpersonnel. Il a pour objectif aussi de déterminer s'il y a un lien entre l'évolution des styles d'attachement et l'évolution de la dépression (T1-T2). Enfin, nous nous intéressons aux relations entre les niveaux de dépression des sujets cliniques (ND) en fin d'hospitalisation (T2) et les différents attachements (stratégies, représentations d'expériences, styles interpersonnels et romantiques) aux deux moments de l'hospitalisation (T1 et T2).

**2^{ème} Axe : Evaluations psychologiques chez le groupe déprimé
intervenant aux deux moments de l'hospitalisation (T1 et T2)**



3. PRESENTATION DES OUTILS DE LA RECHERCHE

3.1 L'entretien clinique

3.1.1 Présentation de l'entretien clinique

L'entretien clinique est une méthode d'investigation spécifique à la psychologie clinique sur deux aspects. Tout d'abord, il fait partie de la *méthode clinique* du psychologue (Pédinielli, 1994; Bénony & Chahraoui, 1999). Dans cette méthode, nous avons la clinique à « *mains nues* » (l'entretien) et la clinique dite « *instrumentale* » (échelles et tests projectifs). Ensuite, l'entretien clinique a un objet d'étude propre : la compréhension de l'homme en situation, dans sa totalité, sa singularité et son évolution (Daniel Lagache, 1949; Juliette Favez Boutonnier, 1968). Aussi, l'homme est considéré comme un être unique et total, non

réductible à un aspect particulier pouvant le définir comme peuvent le faire par exemple la biologie, la sociologie, la psychologie cognitive et sociale, voire la psychopathologie. Enfin, ce type d'entretien se centre particulièrement sur le vécu subjectif du patient, sur la relation (Bénony & Chahraoui, 1999), et sur le sens psychique apporté par le sujet en fonction des diverses situations qu'il rencontre (Fernandez & Pédielli, 2007). L'entretien répond à trois visées différentes : l'aide et le soin psychologique et thérapeutique, le diagnostic et l'évaluation psychologique, et la recherche clinique (Bénony & Chahraoui, 1999).

L'entretien clinique peut être non directif ou semi-directif. Dans l'entretien non directif, le sujet associe librement les thèmes qui le préoccupent (règle de la « *non directivité* ») et qui sont porteurs d'une souffrance significative. L'entretien semi-directif a aussi pour rôle de laisser dans une certaine mesure le sujet associer librement, mais le chercheur clinicien, sur sa demande, investit également à partir d'un guide d'entretien, un ensemble de thèmes afin de recueillir un certain nombre d'informations nécessaires pour la recherche.

L'entretien clinique est l'outil privilégié de la recherche clinique pour établir et construire un certain mode de savoir et de connaissance appelé *étude de cas* ou *observation clinique*. Ce mode de connaissance s'inscrit dans les méthodes descriptives de la recherche en psychologie clinique (Chahraoui & Bénony, 2003). En effet, les données issues des échelles cliniques conduisent à des résultats quantitatifs tandis que les données issues de l'entretien clinique aboutissent à la rédaction d'une étude de cas (ou observation clinique). L'étude de cas est une méthode d'observation approfondie d'un cas clinique s'inscrivant au cœur de la méthodologie de la recherche et constituant un corps de connaissance à part entière. Cette méthode fut pratiquée par les premiers psychopathologues comme Freud et Janet dans l'étude des névroses (Chahraoui & Bénony, 2003). Si l'étude de cas n'établit des connaissances que pour un sujet particulier, elle comporte une visée scientifique sur plusieurs aspects (Huber, 1993; Pédielli, 1994) : elle décrit des phénomènes rares et peu connus, elle constitue une démarche exploratoire précédant une démarche plus systématisée, elle permet d'apporter des informations supplémentaires lorsqu'elle est utilisée conjointement à une méthode systématisée intégrant une démarche hypothético-déductive, puis confirme chez un individu, les résultats obtenus pour un groupe donné.

Afin d'apporter une rigueur scientifique à la méthode du cas (l'observation clinique), construite à partir de l'entretien clinique et donc dans l'intersubjectivité, différentes règles sont à prendre en compte. Pour Fernandez et Pédinielli (2007), elles sont les suivantes :

→ Il faut préciser les méthodes de recueil des données

→ Il faut distinguer ce qui est observé, écouté et entendu (décrire fidèlement) et le résultat des interprétations du clinicien

→ Il faut distinguer ce qui appartient au sujet (propos, manifestations émotionnelles) et au clinicien (contre transfert, impressions, pensées, ressentis).

Pour l'observation clinique (étude de cas), il est nécessaire de séparer les niveaux de description (Doron, 2001; Fernandez & Pédinielli, 2007). Pour argumenter les différents niveaux, Doron (2001) fait l'analogie avec *la théorie des fractales* en physique de Mandelbrot (1989) : l'objet observé se transforme en fonction de la distance de l'observation. Nous passons d'une entité abstraite (le niveau épidémiologique) à la complexité de l'objet réel observé par le clinicien dans la relation psychologique (niveau de description clinique qualitative). Les différents niveaux de description de Doron, (2001) sont les suivants :

→ ***le niveau sémiologique ou épidémiologique*** : Ce niveau permet d'observer les symptômes et d'établir un diagnostic. Ce niveau est construit à partir d'une classification psychopathologique (DSM IV) et d'outils taxinomiques. Ce niveau n'est pas propre au sujet mais à une population spécifique (en fonction de la psychopathologie ou de certaines variables psychologiques)

→ ***le niveau de diagnostic clinique*** : les liens dynamiques et complexes entre le sujet singulier et les outils d'évaluation systématisés des troubles ou des dimensions psychologiques.

→ ***le niveau de description clinique qualitative*** : Ce niveau est subjectif et qualitatif. Il correspond aux informations recueillies au « chevet du malade », c'est-à-dire dans la relation d'aide et dans la relation thérapeutique. Il fait appel à l'analyse de la relation intersubjective (ressentis, pensées, contre transfert, réactions émotionnelles).

Aux différents niveaux mentionnés par Doron (2001) s'ajoute le niveau des processus psychiques sous-jacents (Fernandez & Pédinielli, 2007) :

→ ***Le niveau des processus psychiques*** : Ce niveau s'intéresse à la nature des conflits et des angoisses et aux liens dynamiques au sein de l'appareil psychique. Il permet aussi

d'établir des hypothèses structurales et de comprendre et d'affiner la personnalité et la genèse des troubles psychiques.

En outre, l'entretien permet la construction d'une observation clinique. Cette observation a pour objectif d'apporter des informations complémentaires à la validation des hypothèses de recherche (modèle hypothético-déductif) à partir des différentes échelles cliniques. Elle nuance et élabore des éléments non prévus ou non abordables par la méthodologie quantitative. Elle est une stimulation pour la recherche et l'élaboration de nouvelles hypothèses plus approfondies. Elle nous rappelle enfin notre humilité de chercheur et la complexité d'embrasser dans une recherche clinique la complexité des phénomènes psychiques pour un sujet unique, qui est au cœur de la préoccupation des cliniciens.

3.1.2 Justification de l'entretien clinique dans la recherche

→ Dans notre recherche, les entretiens cliniques sont semi-directifs et non directifs. L'entretien semi-directif permet de construire un guide d'entretien avec les thèmes suivants : l'évaluation de la dépression, de la souffrance clinique du sujet, des éléments de sa personnalité, les caractéristiques cliniques, sociodémographiques, anamnestiques et les thématiques d'attachement (attachement infantile parental et l'attachement amoureux). Quant à l'entretien non directif, il permet de saisir les éléments significatifs exprimés et associés par le sujet lui-même vis-à-vis de sa dépression, de sa souffrance clinique et de ses relations d'attachement. Ces entretiens non directifs apportent des informations complémentaires et supplémentaires pour notre recherche en suscitant une meilleure compréhension des phénomènes étudiés et d'autres interrogations que celles que le chercheur a prévues ou a tentées d'éclaircir avec la mise en œuvre du dispositif de recherche.

→ Dans notre recherche, les entretiens cliniques permettent de considérer le sujet au-delà de ses réponses au questionnaire et des spécificités psychologiques recherchées. Ils réinscrivent le sujet dans sa singularité, sa globalité et sa complexité. En se situant dans la subjectivité, l'entretien clinique de recherche a pour fonction de donner du sens et de la compréhension aux phénomènes psychologiques étudiés. En outre, l'entretien clinique de recherche est relatif au positionnement du clinicien : créer et maintenir une visée éthique dans l'abord du sujet en souffrance (Bénony & Chahraoui, 1999). L'entretien clinique fournit un

complément et supplément d'informations non négligeables quant aux hypothèses de recherche et à leur compréhension puisqu'il apporte une connaissance approfondie des sujets (Chahraoui & Bénony, 2003). Par les limites inhérentes à la méthodologie quantitative, l'entretien clinique ouvrira d'autres perspectives et interrogations sur la thématique de recherche et conduira à l'élaboration d'hypothèses plus fines et plus approfondies pour une recherche ultérieure. En outre, dans notre recherche, nous concevons l'entretien clinique conjointement à une méthode de recherche systématisée (Chahraoui & Bénony, 2003) s'intégrant dans une démarche hypothético-déductive par l'apport de nos différentes échelles cliniques.

3.2 L'inventaire Abrégé de Dépression de Beck (BDI)

3.2.1 Présentation de la BDI (version abrégée)

3.2.1.1 : Description et historique de la BDI

→ La BDI est une échelle auto-évaluative qui a pour objectif d'évaluer l'intensité de la dépression. Elle a été développée par Beck (1972) et validée en France par Lampérière *et al.* (1984), Collet et Cottraux (1986) et Cottraux (1988). La forme originale comprend 21 items incluant l'ensemble des symptômes de la constellation dépressive. Quant à la forme abrégée, elle a été construite en suivant deux considérations. D'une part, en ne retenant que les items de la BDI sur les 21 items qui sont les plus fortement corrélés avec la note globale de l'échelle (corrélations supérieures à .90) et d'autre part, sur les items fortement corrélés aux évaluations par les cliniciens eux-mêmes de l'intensité du syndrome dépressif. Ainsi, il a été obtenu une version abrégée en 13 items, corrélée à .96 avec le score de l'échelle initiale à 21 items et à .61 avec les évaluations de la dépression effectuées par les cliniciens.

→ Les 13 items de l'échelle regroupent les 13 symptômes dépressifs suivants :

- 1) la tristesse
- 2) le pessimisme
- 3) L'échec personnel
- 4) L'insatisfaction

- 5) La culpabilité
- 6) Le dégoût de soi
- 7) Les tendances suicidaires
- 8) Le retrait social
- 9) L'indécision
- 10) La modification négative de l'image de soi
- 11) Les difficultés au travail
- 12) La fatigabilité
- 13) L'anorexie

→ Ce questionnaire distingue différents seuils d'intensité dépressive :

- *pas de dépression* (scores de 0 à 3)
- *dépression légère* (scores de 4 à 7)
- *dépression modérée* (scores de 8 à 15)
- *dépression sévère* (à partir de 16)

Les scores de dépression ≥ 16 indiquent que les sujets souffrent cliniquement de dépression majeure (DSM IV). Dans cette optique, nous n'incluons, dans notre étude, que les sujets ayant une dépression sévère.

→ Si la BDI a été construite à partir de la pathologie dépressive, elle s'appuie également fortement sur le référentiel théorique de son auteur. En effet, cet outil prend en compte la triade cognitive de la dépression définie par Beck (1967, 1976, 1979) c'est-à-dire les considérations négatives sur soi, le monde extérieur et le futur (items 1 à 8 et items 10). Elle prend en compte néanmoins, tous les aspects dits « *psychosomatiques* » de la dépression. Aussi, le ralentissement psychomoteur (Widlöcher, 1983) ou l'inhibition (Guelfi, 1985), sont représentés (items 9, 11 et 12) ainsi que les troubles somatiques (item 13).

3.2.1.2 : Mode de passation et recueil des données de la BDI

Le questionnaire comporte 13 séries de propositions (des séries A à M) (cf. Annexe 3). Pour chaque série, le sujet doit entourer la ou les réponses qui correspondent le mieux à son état clinique actuel. Les différentes propositions d'une même série renvoient à des niveaux

d'intensité dépressive allant de 0 à 3. Ensuite, il suffit à l'évaluateur d'additionner les scores les plus importants recueillis dans chaque série pour déterminer le score d'intensité dépressive générale du sujet à la BDI.

3.2.1.3 : Qualités psychométriques de la BDI

Dans la version initiale anglaise, plusieurs études (Beck, Steer & Garbin, 1988) ont montré les qualités psychométriques satisfaisantes de la BDI, que ce soit au niveau des critères de validité interne (consistance interne évaluée statistiquement à partir d'analyses factorielles), de sensibilité au changement (cet outil discrimine bien les patients déprimés versus non déprimés et surtout l'évolution de l'intensité dépressive chez le même sujet et son amélioration) et de la fidélité test-retest (au cours du temps, les sujets ayant la même intensité obtiennent des scores similaires à la BDI qu'au moment de l'évaluation initiale). La structure factorielle de l'outil fait apparaître deux facteurs principaux : le ralentissement et la culpabilité.

En France, trois études ont été effectuées. Tout d'abord, l'étude de Lempérière *et al.* (1984) auprès de 79 patients déprimés, considérés sévères ou très sévères pour la moitié de l'échantillon. 2/3 de ces patients étaient hospitalisés. Le score moyen à l'échelle de Beck pour ces patients était de 22, c'est-à-dire au-delà du seuil de dépression sévère qui est égal à 16. Ce score dénote une bonne validité externe, l'outil mesure bien ce qu'il est sensé mesurer, la dépression clinique. La BDI est aussi sensible au changement de l'état clinique (relative bonne sensibilité), même si elle est moins sensible que d'autres échelles de dépression comme la Madrs et l'échelle de Hamilton (mesure effectuée après de 28 jours de traitement). Ensuite, une étude de Collet et Cottraux (1986), portant sur 50 patients déprimés en ambulatoire, confirme la validité externe de l'outil : la moyenne est à 18 (> 16, seuil de dépression sévère) et l'écart-type de 6 (valeurs extrêmes : 4-33). Il est à noter aussi - même si cela constitue un critère de validité externe inférieure à l'investigation clinique - que le score total de l'échelle de Beck est corrélé aux scores globaux de deux autres échelles dépressives : l'échelle de Hamilton et l'échelle de ralentissement dépressif de Widlöcher. Enfin, une étude de Cottraux (1988) s'intéresse à la validité interne de l'outil en version française. Il observe une structure factorielle, voisine de la version anglaise. 4 facteurs apparaissent : le ralentissement (25%), la culpabilité (17%), le retrait social (12%) et la perturbation somatique.

3.2.2 Justification de la BDI pour la recherche (version abrégée)

Cet outil présente plusieurs avantages; il ne permet d'inclure, dans notre groupe déprimé, que les sujets qui ont un niveau de dépression caractérisé, c'est-à-dire sévère (score $BDI \geq 16$), correspondant, davantage à l'épisode dépressif majeur qu'aux niveaux de dépression modérés et légers. Il est relativement complet puisqu'il permet de prendre en considération à la fois les symptômes psychiques et somatiques de la dépression. Ensuite, il est auto-évaluatif - contrairement à la Madrs que nous utilisons aussi dans notre recherche - ce qui permet d'avoir l'appréciation des symptômes par les patients eux-mêmes. C'est un gain supplémentaire de validité si ces deux outils, évalués différemment selon la position de l'observateur (l'observateur extérieur, c'est-à-dire le chercheur clinicien ou l'observé en position d'observateur, c'est-à-dire le patient déprimé) sont concordants (très corrélés) pour évaluer l'intensité de la pathologie dépressive. De plus, sa brièveté et sa facilité d'administration en font un outil précieux, d'autant plus que la version abrégée (13 items) ne perd pas pour autant en validité par rapport à la version complète initiale (21 items).

3.3 L'échelle de dépression de Montgomery et Asberg (Madrs)

3.3.1 Présentation de la Madrs

3.3.1.1 Description et historique de la Madrs

→ La Madrs est une échelle d'intensité dépressive hétéro-évaluative construite par Montgomery et Asberg en 1979 et traduite successivement en langue française par Bobon et Lampérière (1980). Ces items sont extraits de la CPRS (Comprehensive Psychiatric Rating Scale), qui évalue de manière globale les troubles psychiatriques. Aussi, la CPRS compte 67 items couvrant un vaste champ de la sémiologie psychiatrique.

→ Pour sélectionner les items de la Madrs - donc les items les plus discriminants à la dépression - les auteurs ont fait passer la CPRS à 106 patients ayant une dépression dite « endogène » ou « réactionnelle » (critères diagnostics de Feigner) provenant de deux pays différents pour contrecarrer le biais culturel. Les patients étaient âgés de 18 à 69 ans, comprenant 33 hommes et 73 femmes, 33 patients hospitalisés et 73 en ambulatoire. En outre,

35 patients de l'échantillon ont passé parallèlement l'échelle de dépression de Hamilton. 68 observations furent retenues. Deux critères successifs de construction ont été adoptés : d'une part, identifier les items présents chez au moins 70% des patients et vérifier qu'ils soient corrélés à l'échelle de Hamilton (corrélation .94); d'autre part, isoler les 10 items les plus sensibles au changement avant et après traitement. Cette exigence a entraîné l'élimination des troubles de la libido et du ralentissement psychomoteur, puisque ce sont des items qui ne sont pas suffisamment sensibles au changement de l'état dépressif.

→ La Madrs comprend les 10 items suivants : la tristesse apparente, la tristesse exprimée, la tension intérieure, l'incapacité d'éprouver des émotions et du plaisir, l'insomnie, la perte d'appétit, les pensées pessimistes, les idées de suicide, la difficulté de concentration, la lassitude. Nous pouvons remarquer que les items de la Madrs renvoient de manière prépondérante aux symptômes psychiques plutôt que somatiques.

→ Chaque item comporte une définition générale et est évalué par le chercheur (le cotateur) en fonction de six degrés de gravité. Les degrés de gravité notés 0, 2, 4 et 6 étant eux-mêmes définis clairement. Aussi, les notes intermédiaires 1, 3 et 5 se situent entre deux niveaux de gravité de l'échelle. Les informations recueillies pour coter les items se fondent sur l'entretien clinique et sur l'investigation précise des symptômes.

→ Deux notes seuils d'intensité dépressive sont fixées à cette échelle. D'une part, la note 20-21 est considérée comme la note minimale pour l'inclusion dans un essai. Aussi, des comparaisons de groupes déprimés selon le niveau de gravité dépressive ne peuvent se faire qu'à partir d'un chiffre supérieur à cette note seuil. D'autre part, la note seuil de dépression/non dépression est fixée à 15. Cette note seuil a pu être déterminée par Montgomery et Asberg (1979) en comparant des sujets déprimés à des sujets non déprimés ou guéris. Cependant, ce seuil de 15 est critiqué par différents chercheurs qui ont fait ultérieurement des analyses de régression multiple approfondies en distinguant les sujets déprimés des sujets non déprimés ou en rémission des symptômes dépressifs (Hawley *et al.*, 2002; Hybels *et al.*, 2005, Hybels *et al.*, 2008 ; Keller MB, 2003; Zimmerman *et al.*, 2004 a, 2004 b, 2004 c). Ces auteurs apportent à l'outil des seuils de *rémission partielle* ($10 < \text{Madrs} \leq 15$) (Hybels, 2005, 2008) ou *complète* ($\text{Madrs} \leq 10$) *des symptômes dépressifs* (Hawley *et al.*, 2002; Keller MB *et al.*, 2003 ; Zimmerman *et al.*, 2004 a, 2004 b, 2004 c).

→ Cet outil s'administre de manière hétéro-évaluative. Aussi, il est complémentaire pour l'évaluation de la dépression de la BDI, qui est une échelle auto-évaluative. En effet, il est préférable scientifiquement d'avoir une échelle dépressive hétéro-évaluative (appréciation du clinicien-chercheur) qui puisse être ajoutée à une échelle auto-évaluative (appréciation du patient déprimé) pour s'assurer de la concordance des deux sources d'évaluation et obtenir une meilleure évaluation de la pathologie.

→ Cet outil est particulièrement intéressant car il est très sensible à l'évolution et à l'amélioration de l'intensité dépressive. En effet, ce questionnaire est considéré par la littérature scientifique et par l'A.N.A.E.S. comme l'outil le plus fiable avec l'échelle de Hamilton pour observer des changements quantitatifs concernant l'intensité dépressive (Keller MB, 2003; Roger *et al.*, 2005; Zimmerman *et al.*, 2004 a). Cet outil dispose de seuils de rémission inspirés de la définition de Frank *et al.* (1991) : la rémission partielle ($10 < \text{Madr} \leq 15$) et la rémission complète ($\text{Madr} \leq 10$).

3.3.1.2 : Mode de passation et recueil des données de la Madrs

L'investigation du niveau de gravité des différents items de la Madrs est effectuée par le chercheur à partir d'un entretien clinique - celui-ci n'est pas nécessairement directif ou semi-directif. Des consignes générales, en tête de chaque item, permettent d'aider à la cotation.

L'examineur remplit l'échelle, après l'entretien, en se référant à la fois au contenu général de l'item et à sa formulation, en fonction du niveau de gravité (0 à 6) (cf. Annexe 4). La note globale de l'échelle est calculée en additionnant les scores obtenus à chacun des 10 items.

3.3.1.3 : Qualités psychométriques de la Madrs

Les qualités psychométriques de la Madrs ont été investiguées par Montgomery et Asberg (1979), Kearns *et al.* (1982), Maier et Philips (1985), Lempérière *et al.* (1984) et Pellet *et al.* (1987).

La grande qualité de l'échelle est d'être extrêmement sensible (critères de sensibilité). Elle a un grand pouvoir discriminatoire pour distinguer les sujets déprimés des sujets non déprimés mais aussi pour discerner les sujets déprimés des sujets guéris (grande sensibilité au changement de l'état dépressif). D'ailleurs, la construction de l'échelle participait grandement à cet objectif. En effet, sur un échantillon de 75 sujets non déprimés, non ralentis, aucune note n'est supérieure à 14. Par ailleurs, seuls deux sujets sur un échantillon de 300 déprimés ont une note inférieure à 15. Concernant, le changement, les répondeurs aux traitements anti-dépresseurs sont bien différenciés à l'échelle. Mais les études françaises, sur la sensibilité au changement (Pellet *et al.*, 1987; Bobon dans un travail non publié), ne retrouvent pas ce résultat. Il est également à noter que dans l'ensemble des études, la Madrs distingue de manière suffisamment fine les niveaux d'intensité dépressive retrouvés dans la clinique.

Quant à la validité de contenu (la consistance interne), elle est très bonne (la cohérence interne mesurée par le coefficient de Cronbach ainsi que le coefficient d'homogénéité sont excellents). Aussi, les différents items de l'échelle renvoient effectivement au même concept que celui mesuré par l'échelle globale.

Quant à la structure factorielle, elle indique l'existence d'un facteur général auquel tous les items sont corrélés. Comme dans le cas de la consistance interne, ce résultat indique que la Madrs répond très favorablement aux critères de validité interne.

En ce qui concerne la concordance inter-juges, elle est satisfaisante. Il n'y a pas de différences de moyennes au sein d'un groupe de cliniciens dans l'évaluation de la Madrs pour les mêmes patients. Néanmoins, le coefficient Kappa de Cohen (1960) montre que certains items sont de cotation difficile, surtout en langue française : il s'agit des items « incapacité d'éprouver des émotions et du plaisir » et « pessimisme ».

3.3.2 Justification de la Madrs pour la recherche

Ce questionnaire dispose de 3 atouts pour notre recherche. Tout d'abord, il est complémentaire de la BDI dans une recherche sur la dépression puisque l'évaluation de la dépression est hétéro-évaluative, c'est-à-dire effectuée par le clinicien chercheur. Nous pensons qu'il faut investiguer la dépression à la fois de manière auto et hétéro-évaluative pour

une plus grande validité scientifique de la dépression. Ensuite, la Madrs permet de fixer un seuil de dépression pour l'inclusion dans une recherche scientifique ($\text{Madrs} \geq 20-21$). Enfin, ce questionnaire est considéré par la littérature scientifique comme l'outil le plus fiable avec l'échelle de Hamilton pour observer des changements quantitatifs concernant l'intensité dépressive (Keller MB, 2003; Roger *et al.*, 2005; Zimmerman *et al.*, 2004 a). Ce dernier point est fondamental dans notre recherche : il permet la comparaison de sous-groupes cliniques en fin d'hospitalisation (T2) en fonction de leur niveau de dépression : *sévère* ($\text{Madrs} > 15$) *modéré* ($10 < \text{Madrs} \leq 15$) et *faible* ($\text{Madrs} \leq 10$). Les niveaux de sévérité de la dépression choisis dans notre recherche s'appuient respectivement sur les seuils de rémission dépressive validés par les études scientifiques sur l'outil : non rémission ($\text{Madrs} > 15$), rémission partielle ($10 < \text{Madrs} \leq 15$) (Hybels *et al.*, 2005, 2008; Steffen *et al.*, 2003) et rémission complète ($\text{Madrs} \leq 10$) (Hawley *et al.*, 2002; Keller MB, 2003; Zimmerman *et al.*, 2004 a, 2004 b, 2004 c). Etant donné la faible durée d'hospitalisation, nous ne pouvons pas parler, scientifiquement, d'amélioration ou de rémission de la dépression (24,74 jours).

3.4 Le Ca-mir (Cartes des modèles individuels de relations)

3.4.1 Présentation du Ca-mir

3.4.1.1 Description et historique du questionnaire

➔ L'objectif du questionnaire :

Les auteurs (Pierrehumbert, Karmianola, Sieye *et al.*, 1996) avaient pour objectif de construire un auto-questionnaire de l'attachement adulte pouvant capter les modèles internes opérants²¹ de l'individu (M.I.O) décrits par Bowlby (1984). Mais ces modèles d'attachement de l'adulte (M.I.O) ne peuvent être investigués directement par un auto-questionnaire puisque ce dernier ne peut évaluer que le niveau sémantique²² du modèle, correspondant aux

²¹ Dans l'article consacré à l'auto-questionnaire Ca-mir (Pierrehumbert *et al.*, 1996. Les modèles de relations : Développement d'un auto-questionnaire d'attachement pour adultes. *Psychiatrie de l'Enfant*, 1, 161-206) parlent de « Modèles Individuels de Relations » plutôt que de « Modèles Internes Opérants ».

²² Le niveau sémantique permet un **traitement conscient de l'information provenant du modèle**. Les deux autres niveaux du modèle d'attachement (M.I.O) sont davantage inconscients : le niveau épisodique (événements ponctuels et spécifiques ayant une forte charge affective et pouvant échapper à la conscience) et le

représentations d'attachement généralisées (Pierrehumbert *et al.*, 1996). En effet, seul le niveau sémantique permet d'approcher les modèles d'attachement d'un point de vue conscient et de les évaluer par le biais d'un auto-questionnaire. Aussi, pour pouvoir capter les M.I.O, Pierrehumbert *et al.* (1996) font appel à la notion de stratégies d'attachement (Main, 1991; Kobak *et al.*, 1993). Cette notion permet l'évaluation des modèles d'attachement de façon sémantique, donc consciente, et sans se poser la question de la pluralité des niveaux des modèles d'attachement pour l'évaluation (épisodique, sémantique et procédurale) (Pierrehumbert *et al.*, 1996). En effet, la construction du modèle d'attachement (M.I.O) du sujet s'effectue à partir de l'apprentissage d'une stratégie relationnelle (stratégie d'attachement) en miroir des modèles internes opérants des parents (Pierrehumbert *et al.*, 1996). En définitive, l'auto-questionnaire Ca-mir investigate les stratégies d'attachement des sujets adultes afin de capter indirectement leurs « modèles internes opérants ».

→ Le type d'évaluation du Ca-mir : les stratégies et les représentations d'expériences d'attachement :

Il s'agit de cerner les stratégies d'attachement (ou « stratégies relationnelles ») des sujets. Les stratégies d'attachement correspondent à des styles de régulation émotionnelle et de traitement de l'information relatif à l'attachement (Pierrehumbert, 2000). Ces stratégies sont évaluées de différentes manières. Tout d'abord, ces stratégies sous-tendent l'existence d'un modèle interne opérant de soi et d'autrui intervenant dans les relations interpersonnelles (référence à la description théorique du modèle d'attachement de Bowlby, 1984). Ensuite, elles permettent de cerner les besoins émotionnels des individus vis-à-vis des autres (en effet, les stratégies d'attachement renvoient à des stratégies de régulation émotionnelle intervenant dans les relations interpersonnelles). Enfin, si les relations investiguées dans le questionnaire renvoient les plus souvent à l'enfance (passé), ils renvoient aussi aux relations existantes dans le milieu familial actuel (présent) et à l'appréciation actuelle des relations d'attachement infantiles (état d'esprit).

niveau procédural (schématisation automatique d'action). Pour davantage de précisions sur les M.I.O (voir revue théorique).

Aussi, les 72 items²³ du questionnaire couvrent deux temporalités différentes concernant les représentations des relations d'attachement (présent, passé) et deux niveaux d'élaboration des représentations des expériences d'attachement (représentations du contenu des expériences d'attachement spécifiques ou élaborations et généralisations de ces expériences) (cf. Annexe 5). Mais, à l'instar de l'outil A.A.I - préexistant au Ca-mir et source d'inspiration théorico-clinique importante pour sa construction (Main, Kaplan & Cassidy, 1985) - l'évaluation de la généralisation des expériences d'attachement ne renvoie qu'aux expériences passées. C'est pourquoi, les différents items - selon la terminologie de Pierrehumbert *et al.* (1996) - correspondent à trois niveaux de réalité des représentations d'attachement : le passé (saisir des éléments d'expériences d'attachement passées avec les parents), le présent (expériences d'attachement dans la famille actuelle) et « l'état d'esprit » ou « généralisation » (représentations généralisées et élaborations actuelles des expériences d'attachement passées mais aussi les besoins émotionnels dans les relations d'attachement).

Trois « stratégies relationnelles » (ou stratégies d'attachement) sont explorées par les 72 items du questionnaire en fonction des trois niveaux de réalité des représentations des expériences d'attachement (passé, présent, état d'esprit) et correspondent à des prototypes prédéfinis²⁴ par les auteurs :

→ **La stratégie « primaire » ou stratégie « secure-autonome »** : cette stratégie est utilisée par les sujets qui valorisent le support social et la sécurité relationnelle. Elle consiste à considérer les autres personnes comme ressources potentielles de réconfort. Ces sujets régulent de manière équilibrée leurs émotions et ont un accès libre aux informations relatives à l'attachement.

→ **La stratégie « secondaire » de type « détaché »** : cette stratégie est utilisée par les sujets qui valorisent l'indépendance plutôt que les échanges relationnels avec implication émotionnelle. Ces sujets tendent à maintenir les relations à une certaine distance et à ne compter que sur leurs ressources personnelles. Aussi, ces sujets détournent leur attention de leurs émotions et des informations qui y sont associées.

²³ Le bassin d'items du Ca-mir a été constitué à partir de la littérature sur l'attachement (conceptions théoriques de Bowlby, Ainsworth et Main), d'entretiens cliniques sous la forme des interviews de l'A.A.I et des instruments d'attachement existants dont l'A.A.I (Main, Kaplan e & Cassidy, 1985), le P.A.I (Bretherton *et al.*, 1989) et le P.B.I (Parker, Tupling et Brown, 1979).

²⁴ C'est-à-dire que les réponses des sujets à chaque item sont comparées aux réponses prédéfinies par les experts en fonction des prototypes « secure », « détaché » et « préoccupé ». Aussi, on compare la correspondance des réponses des items du sujet en fonction de celles des trois prototypes.

→ *La stratégie « secondaire » de « type préoccupé »* : cette stratégie est utilisée par les personnes qui valorisent de manière constante et chronique l'implication inter-personnelle au détriment de la recherche de l'autonomie. Ils « accaparent » et sont « accaparés » par les relations interpersonnelles. Ce sont des sujets qui ont des attentes exagérées, voire irréalistes vis-à-vis d'autrui. Ces sujets ont tendance également à être débordés émotionnellement et à être envahis constamment par des informations relatives à l'attachement.

Ces trois stratégies correspondent à trois « prototypes relationnels ». Il est à noter que les sujets peuvent avoir plusieurs stratégies d'attachement au Ca-mir : d'une part, ils peuvent être à la fois préoccupés et détachés et, d'autre part, être à la fois secure et détachés ou préoccupés (Pierrehumbert *et al.*, 1996).

En complément de son évaluation principale concernant les stratégies d'attachement, le Ca-mir évalue la qualité des expériences d'attachement du sujet sur 13 échelles significatives (regroupées à partir d'analyses factorielles). Ces 13 échelles (de A à M) renvoient chacune à un type d'expériences familiales (Préoccupation; Sécurité-Autonomie; Détachement; Non-résolution; Structuration du milieu familial) et à un niveau de réalité de cette expérience (passé, présent, état d'esprit). A l'inverse des stratégies d'attachement qui correspondent à des prototypes « invariants », relativement indépendants de l'histoire du sujet (Pierrehumbert *et al.*, 1996), ces 13 échelles tentent de rendre compte des expériences d'attachement liées à l'histoire individuelle et à son élaboration, que ce soit auprès de la famille d'origine ou auprès de la famille actuelle. Les échelles renvoyant à la préoccupation, à la sécurité et le détachement se réfèrent aux mêmes définitions que les 3 prototypes (stratégie secure-autonome, stratégie détachée, stratégie préoccupée). Mais les échelles nous informent aussi sur deux types d'expériences supplémentaires : les expériences de désorganisation familiale (non-résolution) et les expériences relatives à la structuration du milieu familial. Les expériences de désorganisation (non résolution) sont des expériences d'attachement toxique, marquées par la présence d'un traumatisme physique ou psychique avec les figures d'attachement (J, Traumatisme parental dans le passé) ne permettant pas l'élaboration ou l'intégration au sein du fonctionnement mental des expériences d'attachement (K, Blocage du souvenir). Quant aux échelles renvoyant à la structuration du milieu familial, elles donnent des éléments de compréhension sur la « solidité » du cadre familial (L, Démission parentale et M, Valorisation de la hiérarchie). Ces 13 échelles sont regroupées dans le tableau suivant ci-dessous (cf. Tableau 7).

Tableau 7 : regroupement des 13 échelles du Ca-mir (de A à M) selon les types d'expériences d'attachement et leurs niveaux de réalité (présent, passé et état d'esprit)

	Passé	Présent	Etat d'Esprit
Préoccupation	A Interférence Parentale	B Préoccupation Familiale	C Rancune d'infantilisation
Autonomie-Sécurité	D Support Parental	E Support Familial	F Reconnaissance de soutien
Détachement	G Indisponibilité Parentale	H Distance Familiale	I Rancune de rejet
Non-Résolution	J Traumatisme Parental		K Blocage du souvenir
Structuration du milieu familial	L Démission Parentale		M Valorisation de la hiérarchie

3.4.1.2 : Mode de passation et recueil des données du Ca-mir

Nous informons préalablement le sujet que le questionnaire comprend trois types de propositions : des propositions concernant le vécu dans la « famille d'origine » (vécu avec les parents dans l'enfance) qui sont formulées au passé (les termes utilisés sont alors « parents », « enfant », « famille d'origine »); des propositions concernant la description des expériences dans la famille ou le couple actuels qui sont formulées au présent (le terme utilisé est « proches »); des propositions concernant la valorisation de certains types de comportements d'attachement ou de certains types de fonctionnements familiaux.

La passation s'effectue en deux étapes. La première étape consiste à demander aux personnes de trier les 72 items du Ca-mir, présentés sous forme de cartes, en trois piles (« vrai », « non pertinent » et « faux ») puis en 5 piles (« très vrai », « vrai », « non pertinent », « faux » et « très faux ». La pile du milieu est réservée aux réponses « non-pertinentes », qui sont considérées par les sujets comme étant ni vraies, ni fausses. Cette pile peut être utilisée lorsque le sujet ne sait pas répondre (je ne sais pas) ou ne peut pas répondre (ex : cela dépend des parents). Les différents items seront ensuite cotés (de 1 à 5) comme ceci

selon la pile choisie par le sujet : 1 → très faux; 2 → faux; 3 → non pertinent; 4 → vrai; 5 → très vrai. Quant à la deuxième étape, il s'agit d'un « choix forcé » puisque nous demandons au sujet de mettre un nombre défini de cartes par piles (Très vrai : 12 cartes; Vrai : 15 cartes; Non pertinent : 18 cartes; Faux : 15 cartes; Très faux : 12 cartes). Aussi, nous lui disons que c'est un « choix relatif » et qu'il ne doit laisser aux extrémités que les cartes qui lui semblent les plus caractéristiques. Quant à la cotation, elle est similaire à la première étape (de 1 à 5 suivant la pile choisie).

Les deux étapes de la passation du Ca-mir renvoient à deux formats de calcul statistiques distincts : dans la première étape, nous obtenons des résultats en format Likert alors que dans la seconde étape, nous obtenons des résultats en utilisant la procédure Q-Sort. Plus que deux méthodes de calculs distincts, il s'agit de deux philosophies différentes (Pierrehumbert *et al.*, 1996).

Les réponses en format Likert sont en 5 points et permettent de calculer les scores moyens du sujet aux 13 échelles du Ca-mir. Tout d'abord, le sujet choisit une pile, donc obtient un score évaluant son degré de pertinence subjectif à chaque item (de 1 → très faux à 5 → très vrai). Ensuite, les items sont regroupés en 13 échelles. Aussi, chaque sujet obtient des scores moyens à chaque échelle en fonction des scores des items composant chaque échelle. Dans cette procédure de calcul, les échelles sont indépendantes les unes des autres et correspondent chacune à des dimensions psychologiques propres du questionnaire (ce sont des unités significatives). Aussi, nous saurons quel est le « degré de pertinence subjectif » (de 1 à 5) estimé par le sujet aux 13 échelles (préoccupation passée ou échelle A jusqu'à l'échelle M) du Ca-mir.

Quant à la procédure Q-Sort, elle est utilisée pour les réponses en « distribution forcée » (Très vrai : 12 cartes ; Vrai : 15 cartes ; Non pertinent : 18 cartes ; Faux : 15 cartes ; Très faux : 12 cartes) obtenues à la seconde étape. Cette méthode, consistant à obtenir une distribution gaussienne, a été créée par Stephenson (1935)²⁵. Elle a pour objectif de restituer le point de vue subjectif et d'éviter le biais de la désirabilité sociale. En format Likert, les

²⁵ Les publications de Kerlinger (1964), Block (1978) et McKeown et Thomas (1976) ont permis d'explicitier et d'approfondir la procédure Q-Sort (Pierrehumbert *et al.*, 1996).

réponses sont fonction d'un système de référence interne contenu dans les dimensions psychologiques évaluées par le questionnaire. En effet, les réponses du sujet sont évaluées en fonction des 13 échelles standardisées (des dimensions), mais les réponses propres du sujet ne sont pas prises en compte pour elles-mêmes. En revanche, dans la procédure Q-Sort, on est dans un système d'auto-référence, c'est-à-dire que nous nous intéressons aux réponses propres et globales du sujet sur tous les items (alors que les items obtenus en format Likert sont dissociés du corpus global d'items puisqu'ils sont regroupés en différentes échelles). D'un point de vue statistique, ces deux méthodes diffèrent. Dans une procédure classique de type Likert, nous corrélons des variables entre elles sur un certain nombre de sujets alors que dans une procédure Q-Sort, il s'agit de corrélérer deux sujets sur un certain nombre de variables. Dans le Ca-mir, la procédure Q-Sort consiste à comparer chaque sujet (sur les 72 items) en fonction des trois prototypes prédéfinis par les experts : secure-autonome, détaché et préoccupé. Il s'agira alors de calculer le degré de ressemblance (coefficient de corrélation) entre les réponses du sujet en fonction de chacun des trois prototypes. Ce score obtenu (entre -1 et +1) par chaque sujet en fonction des trois prototypes sera ensuite transformé en score T, en fonction du groupe de référence du Ca-mir ($M=50$; $s=10$).

3.4.1.3 : Qualités psychométriques du Ca-mir

Concernant la validation interne, deux calculs statistiques ont été utilisés sur le test préliminaire à la constitution du Ca-mir, intitulé le Bi-mir (251 items) : l'analyse factorielle et le coefficient α de Cronbach. L'analyse factorielle a montré l'existence d'un premier facteur expliquant 14% de la variance et regroupant 99 items, auxquels viennent s'ajouter sept facteurs expliquant 33% de la variance totale. Le premier facteur est composé d'items insecure. Ce facteur a été ensuite décomposé en 6 sous-facteurs insecure à partir également d'une analyse factorielle. L'ensemble de ces analyses factorielles ont conduit à isoler 13 dimensions ou 13 échelles (Echelles A à M) à l'intérieur du questionnaire. Mais est-ce que ces différentes échelles sont suffisamment liées au questionnaire d'attachement global? Pour que les échelles aient une bonne consistance interne, les auteurs n'ont conservé que 72 items. Aussi, les auteurs ont évalué la consistance interne de l'outil à l'aide du coefficient α de Cronbach; et les coefficients α de Cronbach aux différentes échelles (de A à M) sont les suivantes : .72, .70, .81, .82, .78, .70, .81, .48, .85, .78, .71, .71, .71. Néanmoins, il est à noter

que l'échelle H (Distance familiale - détachement présent) qui a un score de .48 n'a pas une grande consistance interne avec l'échelle globale.

Les auteurs ont aussi évalué la stabilité des réponses des sujets en testant la fidélité test-retest chez 26 personnes. Les indices de concordance, évalués également avec les coefficients α de Cronbach, entre les deux passations sont très satisfaisants. En suivant l'ordre des échelles (de A à M), les coefficients sont respectivement les suivants : .72, .70, .81, .82, .78, .70, .81, .48, .85, .78, .71, .71, .71.

Au-delà d'un point de vue statistique, les différentes échelles renvoient aux présupposés théoriques ayant participé à la construction de l'échelle : les échelles A à C renvoient à la préoccupation; les échelles D à F renvoient à la sécurité-autonomie, les échelles G à I renvoient au détachement. Ces trois premiers regroupements sont liés aux trois stratégies d'attachement. De plus, les échelles J et K renvoient à la désorganisation-non résolution, type d'attachement retrouvé dans la littérature et dans l'outil A.A.I (Catégorie U de l'A.A.I). De plus, les distinctions entre présent, passé et état d'esprit sont conformes aux différentes composantes d'attachement étudiées avec l'outil A.A.I.

Quant aux stratégies d'attachement, elles ne sont ni dépendantes du hasard (test Khi²), ni liées de manière linéaire entre elles (corrélation modérée entre les stratégies primaires et secondaires $r=.28$). Il y a donc une légitimité théorique à les différencier même si une stratégie primaire élevée (stratégie secure-autonome) peut entraîner une stratégie secondaire basse ou l'inverse (préoccupée ou détachée).

Des analyses de validité externe, en comparaison avec d'autres outils d'attachement, ont été effectuées. Avec l'A.A.I (version Kobak *et al.*, 1993), autre outil d'évaluation de l'attachement adulte, la corrélation est importante pour la stratégie secondaire ($r= .68$, $N=22$) mais les corrélations ne sont pas significatives pour la stratégie primaire (NS, $N=22$). Cette non-correspondance en ce qui concerne la stratégie primaire est expliquée par son contenu selon les deux outils. Dans l'A.A.I, une place importante est faite sur la cohérence du discours (l'aspect narratif) alors que le Ca-mir, étant un auto-questionnaire, ne peut se baser que sur le contenu du discours, c'est-à-dire l'expérience vécue telle qu'elle est représentée par le sujet (Pierrehumbert *et al.*, 1996). D'ailleurs, il y a une corrélation significative des items de

l'A.A.I renvoyant à l'expérience vécue de sécurité et la stratégie primaire au Ca-mir. Par ailleurs, des analyses effectuées en comparant le Ca-mir des parents et l'attachement de leurs enfants dans la situation étrange ou avec Q-sort de Waters et Deane (1985) montrent des correspondances avec le Ca-mir au niveau de la stratégie primaire ($r = .53$; $r = .72$; $N=8$). Cette évaluation, même sur très peu de sujets, confirme la reproduction trans-générationnelle des modèles d'attachement.

3.4.2 Justification du Ca-mir pour la recherche

Le Ca-mir nous permet d'investiguer deux de nos variables indépendantes : **les stratégies d'attachement** (stratégies de régulation émotionnelle et de traitement de l'information émotionnelle) et **l'ensemble des représentations des expériences d'attachement** : les expériences passées avec les figures parentales, les expériences présentes dans la famille et l'état d'esprit vis-à-vis de l'attachement (généralisations et élaborations actuelles des expériences infantiles). La notion de **stratégies d'attachement** permet aussi **d'évaluer les modèles d'attachement à un niveau conscient** (Pierrehumbert *et al.*, 1996). En effet, en s'intéressant plus précisément à la régulation émotionnelle, les stratégies d'attachement captent indirectement les représentations sémantiques (représentations accessibles à la conscience) des Modèles Internes Opérants (niveau inconscient) décrits par Bowlby (1984).

Cependant, contrairement aux autres évaluations, la passation du Ca-mir, ne s'est faite qu'à T1. Deux raisons à cela : la première est d'ordre théorique et la seconde, d'ordre pragmatique. D'une part, le Ca-mir renvoie à l'attachement général du sujet tout au long de sa vie, c'est-à-dire de la prime enfance jusqu'aux relations familiales; aussi l'attachement évalué par cet outil est censé être stable théoriquement et correspondre à un mode relationnel et de régulation émotionnelle robuste, propre au fonctionnement psychologique du sujet et non à la situation actuelle. Cela n'est pas le cas des autres évaluations de l'attachement (RQ et ECR) de notre recherche qui s'intéressent plus précisément aux relations d'attachement actuelles et spécifiques de l'adulte : c'est-à-dire aux relations amoureuses et interpersonnelles. D'autre part, la passation du Ca-mir est très longue (entre $\frac{3}{4}$ d'heure et une heure), ce qui rend difficilement réalisable une deuxième passation. Si le temps de passation avait été plus court,

nous aurions néanmoins effectué une deuxième évaluation, du moins pour s'assurer expérimentalement de la stabilité de l'attachement évalué au Ca-mir.

3.5 L'auto-questionnaire de Perception Des Relations (RQ)

3.5.1 Présentation du RQ

3.5.1.1 : Description et historique du RQ

➔ L'objectif du questionnaire :

L'auto-questionnaire de Perception des Relations (*RQ*), créé par Bartholomew et Horowitz (1991), et traduit en langue française par Lussier en 1992, investigate les styles d'attachement de l'adulte au sein de ses relations interpersonnelles actuelles. La notion de style d'attachement est une « notion empirique observable » (non théorique) correspondant à une « manière de percevoir » et « d'appréhender la relation à autrui » selon trois aspects : les attentes, les sentiments et les comportements.

L'objectif des auteurs est de créer un auto-questionnaire évaluant l'attachement adulte dans les relations interpersonnelles actuelles qui puissent répondre à deux exigences principales : une exigence théorique (en lien direct avec la théorie de l'attachement chez l'adulte) et une exigence empirique.

L'exigence empirique se tourne du côté de la possibilité de déterminer des différences individuelles au sein de l'attachement adulte. Hazan et Shaver (1987) ont, les premiers, montré que l'on pouvait dégager divers styles d'attachement à l'âge adulte dans la relation de couple. Mais, les différences individuelles observées dans les différents outils de l'attachement adulte posent différents problèmes. Elles sont, soit de nature catégorielle (un sujet a un style d'attachement exclusif), soit dimensionnelle (un sujet a les différents styles d'attachement mais à des degrés divers) et leur nombre diffère selon les outils d'évaluation existants : 2-3 dimensions (Collins & Read, 1990; Simpson, Rholes & Nelligan, 1992) ou 3-4

catégories (Hazan & Shaver, 1987; Main, Kaplan & Cassidy, 1985). Cependant, par des analyses factorielles utilisées sur différents auto-questionnaires d'attachement adulte (notamment ceux développés par Hazan & Shaver en 1987 et Simpson *et al.*, 1992), Griffin et Bartholomew (1994) constatent à partir d'études existantes (Simpson *et al.*, 1992; Feeney, Noller & Hanharan, 1994), que les différents items de ces auto-questionnaires peuvent être regroupés en deux dimensions principales relatives à l'attachement : l'évitement de l'intimité et l'anxiété vis-à-vis de l'attachement. Mais pour Griffin et Bartholomew (1994), la décision statistique ne suffit pas, il faut tout d'abord une décision théorique centrale permettant de rendre légitime un questionnaire d'attachement adulte. Ces exigences théoriques et empiriques, bien que différentes, vont de paire. Un outil n'est pas valable s'il n'est pas soutenu par une théorie robuste (Griffin & Bartholomew, 1994).

L'exigence théorique de Bartholomew et Horowitz est relative au fait que les deux dimensions empiriques de l'attachement adulte (anxiété et évitement) renvoient à la description des modèles internes opérants (M.I.O), considérés comme étant les modèles d'attachement de l'adulte pour Bowlby (1984). Ces M.I.O, construits dans l'enfance, sont composés d'un modèle de soi et d'un modèle d'autrui. Ils guident les sujets sur les attentes qu'ils peuvent avoir des relations interpersonnelles. Pour Bowlby (1984), le modèle d'autrui correspond « à la confiance ou à la défiance vis-à-vis de la disponibilité d'autrui » alors que le modèle de soi répond « à l'image de soi bonne au mauvaise renvoyée par la figure d'attachement ». Pour Bartholomew et Horowitz (1991), les deux dimensions de l'attachement adulte retrouvées empiriquement, l'anxiété et l'évitement, renvoient idéalement et respectivement aux modèles de soi et d'autrui définis par Bowlby (1984). En effet, le modèle de soi est signifié dans les relations interpersonnelles comme étant relatif à la plus ou moins grande anxiété de ne pas se sentir aimé par autrui. Quant au modèle d'autrui, il est traduit dans les relations interpersonnelles par un plus au moins grand évitement dans les relations (Bartholomew & Horowitz, 1991). Ces modèles de soi et d'autrui pouvant être positifs ou négatifs, nous obtenons quatre styles d'attachement. Pour Bartholomew et Horowitz, les styles d'attachement sont des prototypes construits par le chercheur (modèles idéaux), aussi les sujets ne correspondent pas toujours exactement aux prototypes définis. Il est à noter que cet outil n'évalue pas l'attachement général de l'individu ou ses M.I.O (modèles internes et inconscients), mais plus précisément la conséquence que peuvent avoir ces modèles dans la perception et l'établissement des relations interpersonnelles.

→ Le type d'évaluation du RQ : les styles d'attachement interpersonnel

Le RQ est composé de quatre descriptions, liées aux quatre styles d'attachement. Ces quatre styles d'attachement, issus de la combinaison des M.I.O de soi (anxiété) et d'autrui (évitement), sont les suivants :

→ *Style interpersonnel sécurisé (sécure)* : ce sont les sujets qui ont à la fois un modèle de soi et d'autrui positif (M.I.O soi et autrui positif). Ils considèrent les relations à autrui comme étant positives et constructives. Ils croient en la disponibilité des autres tout en n'étant pas inquiets de se retrouver seuls. Ce sont des sujets qui apprécient les relations tout en étant très autonomes vis-à-vis des autres.

→ *Style interpersonnel démissionnaire* : ce sont les sujets qui ont un M.I.O de soi positif et un M.I.O d'autrui négatif. Ces sujets évitent de rentrer en relation avec autrui. Ils cherchent à tout prix leur indépendance. Ils considèrent - du fait d'une apparente forte estime d'eux-mêmes cachant leur propre vulnérabilité (perception positive de soi défensive) - qu'ils n'ont pas besoin de compter sur autrui.

→ *Style interpersonnel préoccupé* : ce sont les sujets qui ont un M.I.O de soi négatif et un M.I.O d'autrui positif. Ces sujets cherchent des relations de dépendance et d'intimité pour pallier à leur faible estime de soi et à leur anxiété. Par ailleurs, ils sont inquiets du devenir des relations et craignent constamment d'être abandonnés.

→ *Style interpersonnel craintif* : ce sont les sujets qui ont à la fois un M.I.O de soi et d'autrui négatif. Ces sujets sont méfiants vis-à-vis des autres par peur d'être rejetés. Néanmoins, ils ressentent le besoin d'établir des relations affectives. En outre, la mauvaise image qu'ils ont d'eux-mêmes ne leur permet pas de pouvoir compter sur leurs ressources propres.

Il est à noter que le RQ mesure les styles interpersonnels du sujet à la fois en mesure catégorielle et en mesure dimensionnelle (échelle Likert de 0 à 7).

3.5.1.2 : Mode de passation et recueil des données du RQ

Le mode de passation est composé de deux feuillets (cf. Annexe 6). Sur le premier feuillet, il est demandé au sujet de choisir une seule description, parmi quatre descriptions, correspondant à celle qui lui semble la plus proche (les quatre descriptions correspondent aux

quatre styles d'attachement). Sur le deuxième feuillet, le sujet doit évaluer à nouveau les quatre descriptions, mais en notant, pour chacune d'elles, son degré d'accord (de 0 à 7).

Aussi, le premier feuillet évalue le style d'attachement du sujet dans un registre catégoriel exclusif (1= je suis dans la catégorie d'attachement qui me ressemble le plus; 0= je suis dans une des trois catégories qui me ressemble le moins). Le second feuillet évalue les styles d'attachement du sujet dans un registre dimensionnel. Il suffira alors de recueillir la note du sujet pour chaque description (entre 0 et 7) afin d'évaluer l'intensité de chaque style d'attachement.

3.5.1.3 : Qualités psychométriques du RQ

→ La validité

Les coefficients de consistance interne (Cronbach) des quatre styles d'attachement varient entre 0,49 et 0,71, soit 0,71 pour le style sécurisant, 0,49 pour le style évitant, 0,59 pour le style préoccupé et 0,64 pour le style craintif (Scharfe & Bartholomew, 1994). Ces coefficients sont moyennement élevés. Néanmoins, les styles d'attachement doivent être relativement indépendants les uns des autres puisqu'ils correspondent à la combinaison de deux dimensions principales qui ne doivent aucunement être liées : l'anxiété (modèle de soi) et l'évitement (modèle d'autrui). Aussi, pour s'assurer de la validité de construction de l'outil tenant compte de l'indépendance des M.I.O de soi et d'autrui, les quatre styles d'attachement ont été corrélés au concept positif de soi, lié lui-même au concept d'estime de soi. Les résultats de cette corrélation indiquent que le concept de soi est corrélé positivement et de façon significative avec les styles d'attachement sécurisant ($r = 0,41, p < .001$) et évitant ($r = 0,52, p < .001$) et négativement corrélé avec les styles d'attachement préoccupé ($r = -0,33, p < .001$) et craintif ($r = -0,70, p < .001$) (Bartholomew & Horowitz, 1991). Par ailleurs, la deuxième dimension du modèle de Bartholomew et Horowitz (1991), renvoyant au M.I.O d'autrui, est corrélée à des orientations interpersonnelles considérées comme positives ($r = .93$) (Griffin & Bartholomew, 1994). Ces résultats valident considérablement l'outil et montrent son lien ténu avec le modèle théorique choisi. De plus, diverses études réalisées par Griffin et Bartholomew (1994) utilisant cinq méthodes de recueil des données (auto-évaluation, évaluation par un ami, évaluation par un partenaire amoureux, évaluation par des juges

experts spécialisés dans l'attachement des pairs et dans l'attachement chez les familles), tendent à confirmer la validité de construction des quatre styles d'attachement.

Mais il n'y a pas à ce jour d'études francophones jugeant de la validité spécifique du RQ. Néanmoins, une étude récente francophone a validé en langue française le RSQ (Guédeney N., Fermanian J., & Bifulco A., 2010), un questionnaire comprenant plus d'items que le RQ, mais étant construit exactement sur les mêmes présupposés théoriques et empiriques (Bartholomew & Horowitz, 1991). Les auteurs trouvent en langue française 3 dimensions principales : l'anxiété, l'évitement et la sécurité. Ce qui n'est pas en correspondance totale avec la validation anglophone. Quant aux coefficients de Cronbach des styles d'attachement ils sont faibles (entre 0,22 et 0,54) à l'exception du style détaché qui a un coefficient de Cronbach moyen (0,64).

→ La fidélité test-retest (stabilité temporelle):

Le RQ semble démontrer une stabilité moyenne sur une période temporelle de huit mois. En effet, les sujets d'une population étudiante choisissent respectivement le même style d'attachement dans 63% des cas pour les femmes et 56% des cas pour les hommes (Scharfe & Bartholomew, 1994). Le style d'attachement sécurisant présente la plus grande stabilité, les femmes de l'étude indiquant le même choix dans 71% des cas et les hommes dans 61% des cas.

3.5.2 Justification du RQ dans la recherche

Dans notre recherche, le RQ permet d'investiguer les styles d'attachement actuels des sujets dans les relations interpersonnelles à différents niveaux : les types de pensées, de sentiments et de comportements intervenant dans les relations à autrui. Ce questionnaire a l'avantage de s'intéresser à un aspect particulier de l'attachement adulte : la conséquence des modèles internes d'attachement (M.I.O) des sujets dans la perception et l'établissement des relations interpersonnelles et sociales actuelles. En outre, nous effectuons deux passations de ce questionnaire à T1 et à T2 afin de déterminer si l'attachement interpersonnel des sujets est stable et indépendant de leur dépression, ou si au contraire il se modifie en fonction de l'évolution de leur dépression au cours de l'hospitalisation.

3.6 Le questionnaire sur les expériences d'attachement amoureux (QEAA-Traduction francophone du ECR)

3.6.1 Présentation du ECR (QEAA)

3.6.1.1 : Description et historique du ECR (QEAA)

Le questionnaire sur les expériences d'attachement amoureux a été créé par Brennan, Clark et Shaver en 1998, traduit et validé en langue française par Lafontaine et Lussier en 2003. Il investigate les attentes, les sentiments et les comportements des sujets à l'égard de leur partenaire amoureux. Ce questionnaire fait suite aux travaux théoriques ayant déterminé que l'attachement spécifique de l'adulte était l'attachement amoureux dit « romantique » (Hazan & Shaver, 1987). En effet, à l'âge adulte, les comportements de recherche de proximité et de sécurité affective se tournent du côté du partenaire amoureux. Aussi, le/la conjoint(e) est considéré(e) comme étant une « base de sécurité », au même titre que les parents constituaient cette « base de sécurité » dans l'enfance.

➔ L'objectif du questionnaire :

L'objectif est de constituer un auto-questionnaire robuste pouvant évaluer les styles d'attachement des sujets dans le contexte des relations amoureuses (ou l'attachement dit « romantique »). Pour les auteurs, deux aspects sont importants pour répondre à l'objectif : tout d'abord, tenir compte de la pertinence théorique du modèle de l'attachement adulte de Bartholomew et d'Horowitz (1991) concernant les relations interpersonnelles; d'autre part, évaluer les différents outils de l'attachement amoureux existants pour en comprendre leurs structures factorielles et leurs similarités. L'idée étant notamment de rassembler les items pertinents des outils existants pour créer un nouvel outil de l'attachement adulte.

→ Résultats de l'objectif :

Au regard des différents outils de l'attachement adulte (Collins & Read, 1990; Armsden & Greenberg, 1987; West & Sheldon-Keller, 1994; Carnelley *et al.*, 1994; Simpson, 1990; Feeney *et al.*, 1994; Brennan & Shaver, 1995) il s'est avéré que nous pouvions trouver deux facteurs principaux expliquant l'attachement amoureux (attachement romantique) : l'évitement de l'intimité amoureuse et l'anxiété dans les relations amoureuses. Ces deux facteurs sont concordants avec les résultats empiriques et les présupposés théoriques de Bartholomew et d'Horowitz (1991) concernant l'attachement adulte dans les relations interpersonnelles. Le premier questionnaire existant de l'attachement amoureux (Hazan & Shaver, 1987, 1990) avait des propriétés psychométriques médiocres et s'appuyait uniquement sur les trois principales catégories d'attachement (sécurisées, insecure-évitants, insecure-ambivalents) retrouvées chez l'enfant dans la situation étrange (Ainsworth *et al.*, 1978).

→ L'évaluation du ECR (QEAA) : les styles d'attachement romantique

Le questionnaire ECR (ou QEAA) est composé de 36 items mesurant les deux dimensions principales des styles d'attachement amoureux actuels : l'évitement de l'intimité (18 items) et l'anxiété (peur d'être abandonné, de ne pas être aimé) dans les relations intimes (18 items). Si l'analyse du questionnaire se fait tout d'abord de manière dimensionnelle, il peut également être évalué de manière catégorielle. En reprenant le modèle d'attachement (M.I.O de soi et d'autrui) de Bartholomew et d'Horowitz (1991), nous pouvons obtenir quatre styles d'attachement romantique issus de la combinaison des deux dimensions principales²⁶ :

→ *Style romantique sécurisé* (évitement et anxiété faibles) : ces sujets sont très confiants dans les relations intimes et recherchent la proximité affective du partenaire. Néanmoins, ayant une base de sécurité de couple importante, ces sujets peuvent être très autonomes et n'ont pas besoin d'être réassurés en permanence sur l'amour de leur partenaire à leur égard.

→ *Style romantique démissionnaire* (évitement élevé et anxiété faible) : ces sujets n'éprouvent pas le besoin de rechercher de l'intimité affective avec le partenaire ou de

²⁶ Le calcul des styles d'attachement s'opère par des équations de régression multiple : chacun des quatre styles constitue un facteur explicatif de chacune des deux dimensions principales (évitement et anxiété) considérées comme étant des variables expliquées.

partager des émotions avec lui. Ce sont des sujets qui insistent sur leur indépendance vis-à-vis du partenaire.

→ *Style romantique préoccupé* (évitement faible et anxiété élevée) : ces sujets sont très inquiets concernant leurs relations intimes (peur d'être abandonné, de ne pas être aimé) et cherchent alors à être extrêmement proches et dépendants de leur partenaire.

→ *Style romantique craintif* (évitement et anxiété élevés) : ces sujets cherchent l'affection apportée par les relations intimes mais ont peur également d'être rejetés par leur partenaire en ce qui concerne leurs demandes affectives. Aussi, ces sujets se montrent souvent à distance de leur partenaire malgré leur besoin d'entrer en relation et d'être sécurisés par celui-ci.

Ce questionnaire a l'avantage d'évaluer l'attachement romantique à la fois de manière dimensionnelle et catégorielle. Mais à l'inverse du RQ, nous ne pouvons pas obtenir des scores dimensionnels pour chaque style d'attachement.

3.6.1.2 : Mode de passation et recueil des données du ECR (OEAA)

Nous disons préalablement au sujet que nous allons investiguer la manière dont il vit généralement ses différentes relations amoureuses (pas uniquement la relation amoureuse actuelle). A chacun des 36 énoncés présentés (36 items), le sujet doit indiquer son degré d'accord en échelle Likert (de 1 à 7) (cf. Annexe 7).

Les 18 items impairs de l'échelle sont des items relatifs à la dimension évitante (1; 3; 5; jusqu'à l'item 35) alors que les 18 items pairs de l'échelle sont des items relatifs à la dimension anxieuse (2; 4; 6; jusqu'à l'item 36). Certain de ces items sont formulés à l'envers et doivent donc être côtés de manière inversée (1=7; 2=6; 3=5; 4=4; 5=3; 6=2; 7=1). Il s'agit des items évitants 3, 15, 19, 27, 29, 31, 33 et 35 et de l'item anxieux 22.

Pour obtenir le score global de la dimension évitante, nous calculons le score moyen des items évitants en tenant compte des items inversés. Nous recueillons le score global de la dimension anxieuse de la même manière.

Pour savoir dans quelle catégorie d'attachement se situe le sujet, nous devons calculer 4 scores correspondant à des équations de régression multiples²⁷. Aussi, les 4 équations de régression multiples permettent d'obtenir des scores aux quatre styles d'attachement. Le score d'attachement le plus élevé correspond au style d'attachement du sujet.

3.6.1.3 : Qualités psychométriques du ECR (QEAA)

→ Validité interne

Les résultats de l'analyse factorielle, participant à la validité interne de l'outil, sont particulièrement excellents, que ce soit dans la version initiale américaine (ECR) ou dans la version francophone (QEAA). Les deux facteurs, évitement et anxiété, expliquent 62,8% de la variance totale avec l'outil ECR et 56,76% de la variance totale avec l'outil QEAA. Des analyses confirmatoires indiquent que les deux dimensions principales (évitement et anxiété) ont des coefficients α très importants qui sont respectivement .94 et .91 avec l'outil ECR (Brennan *et al.*, 1998) et respectivement .88 et .88 avec l'outil QEAA (Lafontaine & Lussier, 2003). L'étude de validation francophone n'a pas montré de différences entre les hommes (évitement : .87; anxiété : .88) et les femmes (évitement : .87; anxiété : .88). Il est à noter par ailleurs que l'analyse factorielle du ECR a été répliquée par Wei *et al.* en 2007. Ils retrouvent exactement les mêmes résultats, c'est-à-dire deux dimensions principales, évitement et anxiété.

→ Validité externe

L'ECR présente une bonne validité externe, puisque ces deux dimensions (évitantes et anxieuses) sont corrélées à des critères externes, proches de ce que les dimensions de l'ECR évaluent. Ces critères sont notamment la recherche de réassurance affective avec le partenaire, la réactivité émotionnelle, l'inhibition émotionnelle, la peur de l'intimité, la détresse émotionnelle et la dépression (Wei *et al.*, 2007).

²⁷ Calcul secure = score moyen évitement*3,2893296+score moyen anxiété*5,4725318-11,5307833; Calcul craintif = score moyen évitement*7,2371075+score moyen anxiété*8,1776446-32,3553266; Calcul préoccupé = score moyen évitement*3,9246754+score moyen anxiété*9,7102446-28,4573220; Calcul démissionnaire = score moyen évitement*7,3654621+score moyen anxiété*4,9392039-22,2281088.

→ **Fidélité test-retest (stabilité temporelle)**

Les sujets ayant passé une première fois le questionnaire ECR obtiennent les mêmes résultats à ce même questionnaire après 6 semaines (Sibley & Liu, 2004).

3.6.2 Justification du ECR (QEAA) dans la recherche

Ce questionnaire investigate, dans notre recherche, les styles d'attachement amoureux (romantique). Cela nous permet d'évaluer la relation amoureuse correspondant à la relation d'attachement spécifique de l'adulte. Ce questionnaire s'intéresse aux pensées, sentiments et comportements des sujets dans les relations au partenaire. A l'instar du questionnaire RQ renvoyant à l'attachement interpersonnel, nous effectuons deux passations du questionnaire ECR (QEAA) à T1 et à T2 afin de déterminer si l'attachement amoureux des sujets est stable et indépendant de leur dépression, ou si au contraire il se modifie en fonction de l'évolution de leur dépression au cours de l'hospitalisation.

4. PROCEDURE DE PASSATION

4.1 L'ordre de passation

En début d'hospitalisation, l'ordre de passation est le suivant : l'entretien clinique, les questionnaires de dépression (BDI et Madrs), le Ca-mir, le questionnaire des expériences amoureuses (QEAA) et le questionnaire de perception des relations (RQ).

● **L'entretien clinique** s'effectue en premier parce qu'il permet de prendre contact avec les personnes et de favoriser une relation clinique, éthique et de confiance.

● **Les questionnaires de dépression (BDI et Madrs)** : L'évaluation de la dépression est antérieure à l'attachement. Nous avons choisi de nous intéresser premièrement à la souffrance clinique et pathologique des sujets, cause de leur admission à l'hôpital.

● **Le Ca-mir** est le premier questionnaire d'attachement dans l'ordre de passation pour différentes raisons : la première est d'ordre chronologique puisque le ca-mir s'intéresse aux premières relations d'attachement (les expériences précoces avec les parents) et la seconde est liée à la difficulté de l'évaluation et de la passation (temps très long, le ca-mir demande un accès important aux souvenirs anciens et demande une réflexion importante vis-à-vis de l'attachement construit par les sujets). Les autres questionnaires d'attachement sont de passation plus courte.

● **Le Questionnaire des expériences amoureuses (QEAA)** : Ce questionnaire est rempli après le Ca-mir puisqu'il renvoie à l'attachement amoureux (dit romantique), attachement chronologiquement postérieur à celui principal du Ca-mir (attachement parental).

● **Le questionnaire de perception des relations (RQ)** : La passation de ce questionnaire s'effectue en dernier car il permet aux sujets de distinguer clairement les relations générales, interpersonnelles et sociales, des relations spécifiques évaluées antérieurement : les relations parentales et amoureuses.

En fin d'hospitalisation, les différentes échelles et questionnaires sont passés dans le même ordre à l'exception du Ca-mir, qui n'est évalué qu'en début d'hospitalisation.

Comme pour le groupe déprimé, nous avons administré au sein du groupe témoin les mêmes échelles et questionnaires relatifs à la dépression et à l'attachement. Pour le groupe témoin, la passation n'a été faite qu'une seule fois.

4.2 Consignes et déroulement de la recherche

4.2.1 Consignes

Les différentes consignes sur les différents outils cliniques remplis par les sujets sont les suivantes :

→ **BDI** (dépression): Le sujet doit choisir la ou les propositions qui correspond(ent) le mieux à son état actuel parmi plusieurs séries de quatre propositions.

→**Ca-mir** : Le sujet doit choisir les propositions qui lui semblent vraies (ou en accord), non pertinentes ou fausses (ou en désaccord) parmi trois types de propositions : des propositions se rapportant au vécu dans la famille d'origine (formulées dans le passé), des propositions se rapportant aux expériences dans la famille actuelle (formulées au présent) et des propositions concernant la valorisation de certains types de comportements ou de fonctionnements familiaux.

→**ECR** : Le sujet doit estimer les différents énoncés (de fortement en désaccord à fortement en accord) portant sur les relations amoureuses en fonction de « *la manière dont le sujet vit généralement ses relations* ».

→**RQ** : Le sujet doit choisir laquelle des quatre descriptions proposées correspond le mieux à sa manière de percevoir ses relations interpersonnelles.

4.2.2 Le déroulement de la recherche

Les sujets ont répondu à deux évaluations psychologiques (entretien clinique, BDI, Madrs, Ca-mir, ECR, RQ) en début (T1) et en fin d'hospitalisation (T2). Pour l'évaluation au début d'hospitalisation, le délai est au maximum de 4 jours après l'arrivée de la patiente dans le service hospitalier. Quant à l'évaluation en fin d'hospitalisation, elle peut s'effectuer préalablement jusqu'à 4 jours avant la sortie définitive de la patiente du service hospitalier. Ces délais correspondent aux différentes contraintes liées à l'activité de recherche, à mon activité professionnelle et à la disponibilité des patientes. En outre, les différentes échelles et questionnaires qui ont été administrés aux sujets déprimés en début d'hospitalisation ont été également administrés en fin d'hospitalisation à l'exception de l'auto-questionnaire Ca-mir (Pierrehumbert *et al.*, 1996) dont la passation ne s'est effectuée qu'en début d'hospitalisation (T1). Nous avons également fait des entretiens cliniques non directifs et semi directifs : entre deux et quatre entretiens au cours de l'hospitalisation en fonction des disponibilités de chacun des acteurs et des contraintes inhérentes à l'hospitalisation. Néanmoins, deux entretiens cliniques semi-directifs ont été réalisés de manière systématique en début (T1) et en fin d'hospitalisation (T2).

A l'instar du groupe déprimé, nous avons administré au sein du groupe témoin les mêmes échelles et questionnaires, relatifs à la dépression et à l'attachement. Cependant, le groupe témoin n'a rempli les échelles et questionnaires qu'une seule fois, à T1.

Après avoir exposé la procédure de passation de la recherche, nous présentons les différentes hypothèses opérationnelles.

5. HYPOTHESES OPERATIONNELLES

● **PREMIERE HYPOTHESE OPERATIONNELLE** : *La stratégie d'attachement préoccupé est privilégiée chez les femmes déprimées. En revanche, la stratégie d'attachement secure-autonome est faiblement utilisée au sein de cette population.*

Nous pensons que les femmes déprimées ont des stratégies d'hyperactivation des émotions et des pensées relatives à l'attachement (*stratégie d'attachement préoccupé*). En outre, elles ont des difficultés à réguler leurs émotions et les informations de nature émotionnelle (*stratégie d'attachement faiblement secure*).

● **DEUXIEME HYPOTHESE OPERATIONNELLE** : *Chez les femmes déprimées, la préoccupation d'attachement concerne l'ensemble des « niveaux de réalité » des représentations des expériences d'attachement (passées, présentes et état d'esprit). Quant à la sécurité d'attachement, elle est peu représentée sur l'ensemble des « niveaux de réalité ».*

En ce qui concerne la préoccupation d'attachement chez les femmes déprimées, nous pensons que la dépression est liée à l'ensemble des contenus des représentations des expériences d'attachement (*passées et présentes*) et à leur généralisation et élaboration actuelles au sein de l'appareil psychique (*état d'esprit*).

● **TROISIEME HYPOTHESE OPERATIONNELLE**: *Les styles d'attachement interpersonnel préoccupé et craintif sont préférentiellement utilisés chez les femmes déprimées. En revanche, le style d'attachement interpersonnel secure est rarement présent dans cette population.*

Nous pensons que les femmes souffrant de dépression ont des styles d'attachement interpersonnel préoccupé et craintif (anxiété importante dans les relations à autrui correspondant à l'intériorisation d'un modèle de soi négatif).

● **QUATRIEME HYPOTHESE** : *Les femmes déprimées développent davantage un style d'attachement romantique préoccupé (anxiété élevée/évitement faible) et craintif (anxiété et évitement élevés). Au contraire, le style d'attachement romantique secure est peu mis en place dans ce groupe.*

En effet, les femmes déprimées ont des styles d'attachement romantique préoccupé et craintif. Ces deux styles d'attachement insécurisés mettent en évidence les sentiments et les représentations anxieuses (peur de ne pas être aimé et d'être abandonné) du groupe déprimé dans les relations amoureuses.

● **CINQUIEME HYPOTHESE** : *L'insécurité relevée chez les femmes déprimées au niveau des stratégies d'attachement se retrouve également dans les styles d'attachement romantique et interpersonnel.*

Nous pensons qu'il y a une relation chez les sujets déprimés entre les stratégies d'attachement, renvoyant en grande partie à l'attachement infantile avec les parents, et les styles d'attachement romantique et interpersonnel, renvoyant aux relations d'attachement actuelles de l'adulte (relations amoureuses et interpersonnelles).

● **SIXIEME HYPOTHESE** : *Les styles d'attachement romantique et interpersonnel des femmes déprimées ne varient pas significativement entre le début (T1) et la fin d'hospitalisation (T2).*

En effet, nous pensons que les styles d'attachement romantique et interpersonnel sont stables au cours de l'hospitalisation. Aussi nous ne devons pas observer d'évolution significative des styles d'attachement entre T1 et T2.

● **SEPTIEME HYPOTHESE** : *Quelle que soit l'évolution de la dépression, les styles d'attachement romantique et interpersonnel ne varient pas entre le début (T1) et la fin de l'hospitalisation (T2).*

Nous pensons que les styles d'attachement romantique et interpersonnel sont indépendants de l'évolution de la dépression au cours de l'hospitalisation.

● **HUITIEME HYPOTHESE** : *Les femmes qui ont un niveau de dépression faible ou modéré en fin d'hospitalisation (T2) ont des styles d'attachement romantique et interpersonnel davantage secure et moins fréquemment préoccupé et craintif que les femmes qui continuent à avoir un niveau de dépression sévère en fin d'hospitalisation (T2).*

Nous pensons que la sécurité d'attachement est associée à un niveau de dépression peu élevé (modéré et faible) en fin d'hospitalisation tandis que l'insécurité d'attachement (dimensions préoccupées et craintives) est au contraire liée à un niveau de dépression sévère.

● **NEUVIEME HYPOTHESE** : *La sécurité d'attachement présente en début d'hospitalisation (T1) favorise la diminution du niveau de dépression en fin d'hospitalisation (T2). En revanche, la présence d'un attachement préoccupé, craintif ainsi que d'un état d'esprit désorganisé-non résolu à T1 favorise le maintien d'un niveau de dépression sévère à T2.*

En effet, nous estimons qu'une plus grande sécurité d'attachement (stratégies, expériences et styles romantiques et interpersonnels) en début d'hospitalisation, est un facteur favorisant une diminution du niveau de dépression (évolution de la dépression sévère à T1 vers une dépression faible ou modérée à T2) en fin d'hospitalisation tandis que l'insécurité d'attachement est un facteur qui maintient la persistance d'un niveau de dépression sévère en fin d'hospitalisation (T2). Nous pensons aussi que la présence d'un fort état d'esprit désorganisé-non résolu à T1 participe au maintien d'une dépression sévère à T2 parce que cet état d'esprit met en évidence des failles dans les capacités d'élaboration, de liaison et d'intégration des expériences d'attachement.

● **DIXIEME HYPOTHESE** : *Les femmes qui ont déjà eu au moins un antécédent dépressif ont plus fréquemment un attachement préoccupé et craintif (anxiété forte) et utilisent moins fréquemment un attachement secure - que ce soit au niveau des stratégies ou des styles d'attachement romantique et interpersonnel - que les femmes qui présentent un premier épisode dépressif.*

● **ONZIEME HYPOTHESE** : *Les femmes déprimées qui ont fait une tentative de suicide développent plus fréquemment un attachement préoccupé et craintif (anxiété forte) et privilégient moins fréquemment un attachement secure - que ce soit au niveau des stratégies ou des styles d'attachement romantique et interpersonnel - que les femmes qui n'ont pas fait de passage à l'acte suicidaire.*

Nous pensons que la tentative de suicide renvoie à l'hyperactivation des émotions non contenues et non canalisées par l'appareil psychique (stratégies d'attachement préoccupé) et qu'elle montre l'impossibilité de trouver une issue aux relations amoureuses et interpersonnelles marquées à la fois et paradoxalement par la préoccupation (peur d'être abandonné et non aimé) et la dimension craintive (peur d'être rejeté en cas de proximité avec mon partenaire ou les autres).

● **DOUZIEME HYPOTHESE** : *Les femmes déprimées qui présentent un trouble de la personnalité utilisent davantage un attachement préoccupé et craintif (anxiété forte) et moins fréquemment un attachement secure - que ce soit au niveau des stratégies ou des styles d'attachement romantique et interpersonnel - que les femmes qui ne présentent pas un trouble de la personnalité.*

Par ailleurs, nous pensons que les personnalités rencontrées chez les sujets déprimés sont associées aux difficultés d'établir ou de construire des liens affectifs (liens d'attachement insecure) équilibrés avec les autres : c'est le cas des personnalités évitantes, dépendantes et borderline.

6. METHODE D'ANALYSE ET DE TRAITEMENT DES DONNEES

6.1 Méthode d'analyse et de traitement des données quantitatives

6.1.1 Les caractéristiques des données quantitatives

Les données quantitatives sont issues d'un matériel composé de l'ensemble des échelles dépressives (BDI et Madrs) et des questionnaires d'attachement (Ca-mir, RQ, ECR) de notre étude. Ces questionnaires ou échelles cliniques sont auto-évaluatifs (BDI, Ca-mir, RQ, ECR) ou hétéro-évaluatifs (Madrs). Les réponses issues des auto-questionnaires renvoient aux réponses des sujets déprimés et témoins tandis que les réponses issues des hétéro-questionnaires renvoient aux réponses des cliniciens en lien avec leur jugement clinique. Dans notre recherche, nous remplissons en tant que praticien chercheur l'outil Madrs en investiguant au préalable l'état dépressif des patients et les différents symptômes qui y sont associés.

Les données issues du matériel de recherche sont de deux types : elles sont catégorielles ou dimensionnelles. Dans les données catégorielles, les sujets choisissent la catégorie du questionnaire qui leur correspond (ex : note 1) et excluent les catégories qui ne leur correspondent pas (ex : note 0). En revanche, dans les données dimensionnelles, les sujets donnent leur degré d'accord sur l'ensemble des dimensions (ex : entre 0 et 7). Au-delà d'une question de différence de mesure, il s'agit d'une approche philosophique distincte des phénomènes psychologiques. Si nous considérons que les sujets ont un profil d'attachement spécifique, nous faisons une analyse catégorielle (choix d'une catégorie d'attachement et exclusion des autres catégories d'attachement). En revanche, si nous considérons que les sujets ont à des degrés divers l'ensemble des types d'attachement, nous faisons une analyse dimensionnelle (ex : le sujet a un attachement secure très important mais il présente également dans une moindre mesure un attachement préoccupé et craintif). Si l'analyse catégorielle est notifiée de manière binaire (1=oui ; 0=non), l'analyse dimensionnelle se mesure selon l'intensité d'appartenance à une dimension (0= pas du tout à 7= complètement). L'échelle utilisée pour les données dimensionnelles est une échelle de Lickert : c'est-à-dire que la réponse est exprimée sur une échelle graduée comme suit : de « *complètement d'accord* » à « *pas d'accord du tout* ».

Nous pensons que les mesures catégorielles et dimensionnelles peuvent être complémentaires si nous estimons qu'il y'a une caractéristique psychologique plus spécifique dans une population donnée (ex : attachement plus spécifiquement secure chez les sujets témoins) tout en considérant que cette population peut présenter à des degrés moindres les autres caractéristiques psychologiques (ex : l'ensemble *a minima* des différents attachements insecure est présent éventuellement chez les sujets témoins). Les différentes données recueillies peuvent être analysées en fonction des dimensions psychologiques qu'elles mesurent (corrélations entre des données issues des différentes échelles dépressives et des questionnaires d'attachement) et en fonction des populations de l'étude (comparaison entre les populations déprimées et témoins des données issues du même questionnaire ou de la même échelle clinique). Le choix des analyses effectuées en fonction des dimensions psychologiques et des populations est lié au choix des traitements statistiques.

6.1.2 Le traitement des données quantitatives

→ Description de l'outil statistique

Le traitement des données quantitatives se fait par l'intermédiaire d'analyses statistiques diverses. Les statistiques permettent de quantifier des observations ou des données par des calculs basés sur les probabilités. En outre, le traitement statistique ne permet pas d'accepter à 100% les résultats observés puisqu'il demeure toujours un risque d'erreur quant à leur validité. Néanmoins, la confirmation ou l'infirmerie d'hypothèses de recherche par l'outil statistique dépend au préalable de la décision du chercheur sur le risque qu'il accepte de prendre quant à la validation ou non des résultats issus de ses hypothèses. A l'instar d'une convention issue du consensus des scientifiques, nous décidons de ne pas dépasser les 5% d'erreur, c'est-à-dire que nous ne retenons que les résultats qui ont au moins 95% de chances d'être exacts. Par ailleurs, pour confirmer ou infirmer nos hypothèses de recherche, les statistiques soumettent nos données à deux hypothèses mathématiques : l'hypothèse H0 (ou hypothèse nulle) et l'hypothèse H1. L'hypothèse H0 correspond à l'hypothèse du hasard, c'est-à-dire que les liens observés entre deux variables psychologiques peuvent être liés au hasard (ou à d'autres facteurs) et non aux variables étudiées. Aussi, un résultat est validé si le calcul statistique rejette au préalable l'hypothèse H0. Dans ce cas là, H1 est acceptée, c'est-à-

dire qu'il y a un lien significatif entre les variables observées dans notre recherche. Par l'acceptation de H1, nous pouvons valider notre hypothèse de recherche avec son risque d'erreur (ex : 5% d'erreur).

En outre, le seuil de significativité statistique pour tous les résultats de notre recherche est fixé à $p < .05$ (5% d'erreur). Aussi, les résultats sont considérés comme significatifs s'ils sont en dessous de ce seuil. Ensuite, les statistiques permettent également la généralisation des résultats effectués sur un échantillon. C'est-à-dire que les phénomènes psychologiques observés sur un échantillon sont valables pour la population donnée. Enfin, le test statistique est bilatéral (c'est-à-dire qu'il s'intéresse à l'ensemble des observations extrêmes dont les quantifications sont plus négatives ou plus positives que l'hypothèse H0) si l'hypothèse n'est pas orientée. En revanche le traitement statistique est unilatéral (il ne s'intéresse qu'aux observations extrêmes qui rendent compte de l'orientation de notre hypothèse, c'est-à-dire que les observations sont exclusivement plus négatives ou plus positives que l'hypothèse H0) si notre hypothèse est orientée. Par ailleurs le traitement des données statistiques a été effectué avec le logiciel Statistica 7.

→ Les différents tests statistiques en fonction des différentes analyses de la recherche :

● Lorsque nous faisons une comparaison entre des groupes indépendants (ex : groupe déprimé et témoin), nous pouvons utiliser les différents tests ci-dessous :

→ Nous utilisons le *test t de student pour échantillons indépendants* si la distribution des deux échantillons suit une loi normale. Si le test suit la loi normale, il correspond à une modélisation mathématique (courbe Gaussienne). Aussi, nous considérons que c'est un test paramétrique (c'est-à-dire paramétré à partir d'une modélisation mathématique, la loi normale).

→ Nous utilisons le *test U de Mann Whitney* si la distribution des échantillons ne suit pas la loi normale, aussi nous avons affaire à un test non paramétrique.

→ Nous utilisons le test du *Chi² avec correction de Yates* lorsque nous avons des variables catégorielles (comme les catégories d'attachement) pour la comparaison entre deux

groupes. La correction de Yates est utilisée puisque les échantillons ne sont pas suffisamment importants pour effectuer un Chi² classique.

● Lorsque nous faisons une comparaison des scores du même groupe à deux temps différents (T1 et T2) aux différentes échelles et questionnaires, nous pouvons utiliser les différents tests ci-dessous :

→ Nous utilisons le *test t de student pour échantillons appariés* si la distribution des deux échantillons suit la loi normale.

→ Nous utilisons le *test de Wilcoxon* si la distribution des échantillons ne suit pas la loi normale.

→ Nous utilisons le *test de Mac Némar* dans le cas de variables catégorielles lors d'une comparaison du même groupe sur des variables à deux temps différents (T1 et T2).

● Lorsque nous nous intéressons au lien entre différentes échelles et questionnaires pour une même population (groupe déprimé ou témoin), nous pouvons utiliser les différents tests-ci-dessous :

→ Nous utilisons le *Rho de Spearman* pour l'analyse corrélacionnelle car la distribution des échantillons ne suit pas la loi normale. L'analyse corrélacionnelle permet d'établir une association entre différentes variables psychologiques. Mais l'analyse corrélacionnelle ne nous dit rien sur la force de l'association et encore moins sur l'idée que l'un des deux facteurs serait un facteur causal de l'autre.

→ Nous utilisons la *régression multiple pas à pas* lorsque nous souhaitons avoir des indications sur la contribution ou l'importance d'un certain nombre de facteurs dans l'explication d'un autre facteur (ex : quel type d'attachement contribue le plus à la dépression?). Cette analyse est complémentaire à l'analyse corrélacionnelle car elle apporte d'autres informations qu'un simple constat de lien entre deux facteurs. Cette analyse peut aussi s'avérer particulièrement intéressante lorsque l'analyse corrélacionnelle montre que

l'ensemble des facteurs sont liés significativement à un autre facteur²⁸. Dans ce cas, l'analyse de régression multiple pas à pas permet d'observer le ou les facteurs qui expliquent davantage que les autres le facteur expliqué. Il est important de préciser que lorsque nous parlons de facteur explicatif, il ne s'agit pas d'un facteur causal, mais plutôt d'un facteur rendant compte, parmi d'autres, du facteur expliqué (ex : l'attachement craintif explique en partie la dépression indique que le phénomène de l'attachement est une variable qui permet d'apprécier dans une certaine proportion la dépression actuelle du sujet). En effet, la méthodologie employée ne permet pas d'établir un facteur qui serait à l'origine ou cause d'un autre facteur.

6.2 Méthode d'analyse et de traitement des données qualitatives

L'analyse qualitative concerne le groupe déprimé. Cette analyse qualitative est le résultat d'entretiens cliniques. L'analyse clinique qualitative permet d'apporter des informations majeures. En effet, l'entretien clinique de recherche s'est effectué à partir d'un guide d'entretien structuré, réalisé en fonction des hypothèses de recherche.

En outre, nous avons effectué deux entretiens cliniques semi-directifs. Ils nous ont permis d'interroger et d'investiguer la dépression des sujets et les différents attachements : parental, amoureux et interpersonnel. Nous avons aussi pris soin de distinguer au niveau de l'attachement, le père et la mère, ce qui n'était pas possible avec l'auto-questionnaire Ca-mir (Pierrehumbert *et al.*, 1996). Ces entretiens semi-directifs se sont effectués en début et en fin d'hospitalisation parallèlement à la passation des questionnaires pour deux raisons. D'une part, cela permet d'illustrer les données qualitatives en les confrontant aux données quantitatives et apporter un regard clinique et un complément d'informations pour les résultats de notre étude. D'autre part, cela évite des biais au niveau du temps entre l'appréciation subjective et clinique du sujet vis-à-vis de la dépression et de l'attachement observé en entretien clinique, et les réponses apportées aux différents questionnaires.

²⁸ La régression multiple pas à pas est également intéressante lorsque les différents facteurs sont trop semblables (c'est-à-dire extrêmement corrélés) entre eux. En effet, l'analyse de régression multiple pas à pas permet à la fois d'estimer la part de contribution de chaque variable tout en éliminant les variables qui sont redondantes ou colinéaires (tellement corrélées qu'elles ne sont peut-être pas distinctes de la variable expliquée). Aussi, il ne reste que les variables qui expliquent significativement les scores de dépression des sujets.

Nous avons également effectué des entretiens non directifs pour saisir tout d'abord, les éléments significatifs de la dépression et de la souffrance actuelle du sujet. Cela nous permet de savoir quelles sont les associations faites par le sujet lui-même pour rendre compte de sa dépression (les associations étaient-elles liées à l'attachement parental ou plutôt amoureux ou à autre chose?). Ensuite, les entretiens non directifs ont eu pour objectif d'avoir des indications plus précises sur le sujet lui-même pris dans sa globalité, sur son vécu psychique et affectif et sur la relation qu'il établit avec le psychologue. Enfin, ils ont eu pour fonction de retracer l'histoire de vie et l'anamnèse du sujet afin de situer sa dépression actuelle et ses difficultés dans son contexte et dans le sens qu'il donne à ces événements. Ceci afin d'ouvrir également notre recherche sur d'autres hypothèses non explorées, nées de cette confrontation clinique.

En outre, l'analyse clinique se concrétise dans notre recherche sous forme de deux observations cliniques. Ces observations cliniques ont une valeur illustrative mais aussi une valeur de stimulation et de complément d'informations par rapport à nos résultats issus de l'analyse quantitative. Comme Chahraoui et Bénony (2003), nous considérons l'analyse clinique non systématisée conjointement à une méthode de recherche plus systématisée (analyse quantitative) intégrant une démarche hypothético-déductive. Cette analyse clinique va réintroduire la place du sujet dans les résultats de la recherche mais va constituer également un « terrain exploratoire » pour d'autres hypothèses de recherche puisque l'observation clinique conduit à constater d'autres phénomènes que ceux attendus. Nous attendons que l'analyse qualitative apporte des informations non fournies par l'analyse quantitative. L'analyse qualitative permet également d'observer les phénomènes psychologiques à un autre niveau que celui de l'analyse quantitative (Doron, 2001) : on passe de l'analyse d'une population donnée à l'analyse du sujet singulier en souffrance. La focalisation est différente mais complémentaire, le clinicien-chercheur se doit d'interroger ces différents niveaux d'analyse pour une meilleure compréhension et faire l'aller-retour sans cesse entre ces deux niveaux. L'analyse clinique est la seule à observer les phénomènes au niveau du sujet singulier. Aussi, l'analyse clinique permet de relativiser les résultats d'une population qui ne doivent pas être confondus avec les résultats d'un sujet issu de cette population (Doron, 2001). En effet, il est important de garder à l'esprit que le sujet singulier restera toujours plus complexe que le champ de nos hypothèses de recherche dans lequel il est inscrit et observé plus spécifiquement.

Les deux observations cliniques choisies dans notre recherche se distinguent au regard de deux aspects : l'évolution du niveau de dépression chez les sujets au cours de l'hospitalisation et la présence ou l'absence d'un trouble de la personnalité. La première observation, Madame A, présente le même niveau de dépression sévère en fin d'hospitalisation tandis que la seconde, Madame B, présente en fin d'hospitalisation un niveau de dépression modérée. Madame A souffre d'un trouble de la personnalité (Axe II) alors que Madame B n'a pas de trouble de la personnalité si l'on se réfère à l'Axe II du DSM IV.

Afin d'apporter des données qualitatives aux hypothèses de recherche, nous avons dans nos observations cliniques fait une place prédominante à la dépression et aux expériences d'attachement (parentales, amoureuses et interpersonnelles). Quant aux analyses cliniques issues de nos observations, nous prenons en compte les aspects théoriques de l'attachement inclus dans nos hypothèses (stratégies et styles d'attachement romantique et interpersonnel). Nous avons intégré des aspects cliniques non pris en compte dans l'analyse quantitative comme la distinction entre l'attachement au père et à la mère dans l'enfance. De plus, nous avons ajouté une partie *anamnèse* dans les observations car c'est un élément de travail indispensable pour comprendre le sujet tel qu'il s'est construit psychiquement et dans son histoire de vie, mais aussi pour comprendre la genèse de ses troubles dépressifs actuels. Le matériel clinique issu de ces observations permet de prendre en compte des aspects importants que l'analyse quantitative n'est pas en mesure d'apprécier. Aussi, la discussion de notre recherche considèrera les apports de l'analyse qualitative et les limites d'une approche purement quantitative.

Dans notre prochaine partie, nous présentons les résultats de notre recherche. Cette partie comprend l'ensemble des résultats quantitatifs et deux observations cliniques.

CHAPITRE 4. RESULTATS

CHAPITRE 4. RESULTATS

1. DONNEES CLINIQUES DE LA POPULATION D'ETUDE

1.1 Données liées à la dépression

1.1.1 Le motif de l'hospitalisation

Les femmes de notre groupe clinique ont été hospitalisées pour un état dépressif évoluant en moyenne depuis 7 mois et 6 jours [7,20 mois (9,53)]. Nous observons une très grande disparité entre les sujets sur la durée de l'état dépressif précédant l'hospitalisation : 17 jours pour le sujet ayant la plus faible durée, 2 ans et 15 jours pour le sujet ayant la durée la plus importante. 26 femmes déprimées (52%) ont été hospitalisées à la suite d'une tentative de suicide. Pour les 24 autres patientes (48%), l'hospitalisation a été décidée par leur médecin généraliste ou par leur psychiatre référent en soin ambulatoire (centre hospitalier, centre médico-psychologique ou cabinet libéral). Dans ce cas, l'hospitalisation est motivée par les soignants lorsque les idéations suicidaires des sujets sont importantes et lorsqu'il existe un risque imminent d'un passage à l'acte suicidaire. L'événement déclencheur le plus souvent évoqué par les patientes pour rendre compte de l'état dépressif actuel concerne la séparation récente d'avec le conjoint (27 des femmes déprimées, 54%). La séparation est vécue par les femmes déprimées comme une « *souffrance psychique insupportable* ». A l'hôpital, les patientes se disent protégées contre leur propre violence retournée contre elles-mêmes, tandis que d'autres souhaiteraient qu'on les laisse mourir. 8 femmes déprimées ont été hospitalisées par les médecins lorsque ces derniers estimaient qu'elles n'avaient plus les capacités psychiques et physiques (tristesse insupportable, plus d'envie, plus d'énergie psychique et physique, ralentissement psychomoteur) pour être autonomes dans leur vie quotidienne ou qu'elles ne disposaient plus de support social et familial. La durée moyenne de l'hospitalisation des femmes déprimées est de 24,74 jours (+/- 14,83).

1.1.2 Les antécédents dépressifs et suicidaires

34 femmes du groupe déprimé (68%) présentent des antécédents dépressifs. Seules 16 femmes du groupe clinique (32%) souffrent d'un premier épisode dépressif. Par ailleurs, la présence d'au moins une tentative de suicide dans la biographie des sujets est relatée par 70% du groupe déprimé. D'autre part, nous n'avons pas observé d'antécédents psychiatriques autres que la dépression. Il est à noter que 27 femmes déprimées (54%) présente un certain nombre d'antécédents médicaux ou chirurgicaux parmi lesquels on retrouve : opérations des hanches, de la colonne vertébrale, du fémur, des genoux, des amygdales, des vésicules; descente et enlèvement d'organes (partie de l'utérus), complications rénales et pulmonaires, hernie discale, œdème, maladie de chorée, appendicite.

1.1.3 L'intensité de la dépression

L'ensemble des 50 personnes déprimées hospitalisées que nous avons rencontrées présente un niveau de dépression très élevé, correspondant cliniquement à des dépressions sévères et caractérisées [moyenne BDI : 22,02 (4,55); moyenne Madrs : 33,82 (6,90)]. Le niveau de dépression a été évalué à la fois par les patientes elles-mêmes (évaluation à partir de l'échelle BDI) et par le clinicien chercheur (évaluation à partir de l'échelle Madrs). Les résultats sur le niveau de dépression issus de ces deux évaluations sont particulièrement élevés et concordants. En outre, la comparaison des moyennes d'intensité dépressive entre les groupes déprimés et témoins indique un niveau de dépression significativement plus important au sein du groupe déprimé (cf. Tableau 8).

Tableau 8 : Scores aux deux échelles de dépression (BDI et Madrs) - comparaisons entre les groupes déprimés et témoins.

	Groupe déprimé (N=50) Moyennes et écarts-types	Groupe témoin (N=50) Moyennes et écarts-types	Significativité Test t de student (échantillons indépendants)
Dépression (BDI)	22,02 (4,55)	2,06 (2,11)	T : 28,150 ; p=.000
Dépression (Madrs)	33,82 (6,90)	3,40 (3,40)	T : 27,963 ; p=.000

1.1.2 Critères de l'Axe I du DSM IV : les troubles cliniques

Si on se réfère à la classification de l'axe I du DSM IV, les personnes déprimées hospitalisées de notre étude ont toutes le même diagnostic au niveau des troubles cliniques. Elles souffrent d'un « ***Episode dépressif majeur (ou caractérisé)*** ». Aussi, nous retrouvons pour l'ensemble des patientes au moins cinq des symptômes suivants :

- *L'humeur dépressive*
- *Perte de l'intérêt et du plaisir*
- *Perte ou gain de poids significatifs en l'absence de régime (tous)*
- *Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours (traitement)*
- *Agitation ou ralentissement psychomoteur*
- *Fatigue ou perte d'énergie*
- *Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée*
- *Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision*
- *Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentatives de suicide*

Le plus souvent, les personnes déprimées hospitalisées de notre recherche souffrent cliniquement de l'intégralité des symptômes de ***l'épisode dépressive majeur*** (DSM IV) :

→ Des ***symptômes affectifs*** : l'humeur dépressive (« *mon humeur est noire, c'est un abîme, mieux vaudrait mourir !* ») et la perte d'intérêt et de plaisir (« *je n'ai plus d'envies, plus de plaisirs, plus rien, il n'y a que la mort !* »)

→ Des ***symptômes cognitifs*** : les pensées négatives (*je me dévalorise, je ne vauds rien*) et les difficultés de l'aptitude à penser (*je n'arrive plus à me concentrer, je suis déconnectée*)

→ Des ***symptômes somatiques*** : la fatigue, le ralentissement psychomoteur, les troubles de l'appétit et du sommeil (« *je n'ai plus d'appétit, je suis fatiguée, je n'en peux plus, je n'ai plus la force !* »).

Une caractéristique particulière est retrouvée chez la majorité des patientes déprimées hospitalisées, ce sont les « ***idées de mort récurrentes*** ». En effet, les patientes ne sont pas

uniquement tristes et découragées par les souffrances de la vie, elles sont désespérées au point de souhaiter la mort, « leur propre mort » (« *je veux mourir, laissez moi mourir !* »). La mort ne fait pas qu'effleurer l'esprit du déprimé, elle semble être la seule issue possible même si l'entourage est disponible et aimant.

Chez les personnes hospitalisées, les différents symptômes dépressifs sont d'une grande sévérité et conduisent à un handicap affectif et social sévère. L'état dépressif actuel des patientes hospitalisées est en rupture profonde avec leur état initial.

1.1.3 Formes cliniques

Il faut rappeler que de nombreuses formes cliniques de dépression ont été écartées de notre groupe déprimé puisque nous avons exclu les sujets présentant des troubles bipolaires ou plus généralement des troubles psychiatriques liés à la psychose. Aussi, nous ne retrouvons pas les dépressions délirantes, mélancoliques et bipolaires (Carvallo & Cohen, 1995). En outre, sont écartées également les dépressions ne présentant pas les critères de l'épisode dépressif majeur puisque comportant moins de cinq symptômes dépressifs comme la dysthymie (Axe I du DSM IV).

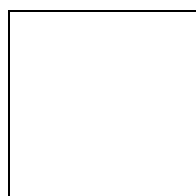
En revanche, 16 personnes de notre groupe clinique (32%) souffrent d'une dépression chronique résistante (Allilaire, 1996; Buchkley *et al.*, 1999; Ferreri *et al.*, 1993). Elle correspond à une persistance des symptômes dépressifs au-delà de deux ans sans période de rémission durable. Elle est dite « résistante » parce qu'elle résiste aux effets d'au moins deux familles distinctes d'antidépresseurs avec surveillance correcte de l'observance. Elle ne présente pas de caractéristiques cliniques particulières mais elle a un impact négatif majeur sur la vie familiale et professionnelle. Les personnes ayant ce type de dépression sont fréquentes au sein de notre population hospitalisée (1/3 de notre groupe clinique). En outre, elles sont hospitalisées plus longtemps (41,19 jours en moyenne) que la moyenne d'hospitalisation de l'ensemble de notre groupe clinique (24,74 jours) et leur dépression ne s'améliore pas. Le niveau de dépression est très élevé en début d'hospitalisation (moyenne BDI : 25,63; moyenne Madrs : 37,75) et reste très élevé en fin d'hospitalisation (moyenne BDI : 19,56; moyenne Madrs : 30,19).

1.1.4 Critères de l'Axe II du DSM IV : les troubles de la personnalité

Nous avons évalué les troubles de la personnalité (Axe II DSM IV) de notre groupe clinique. Les troubles de la personnalité rencontrés dans notre population sont les suivants : ***personnalités évitantes (9 femmes déprimées, 18%), personnalités borderline (6 femmes déprimées, 12%), personnalités dépendantes (5 femmes déprimées, 10%) et personnalités histrioniques (1 femme déprimée)***. Aussi, il est à noter que 58% du groupe déprimé n'ont pas de troubles de la personnalité. Selon le DSM IV, les troubles de la personnalité datent du début de l'âge adulte et correspondent à des modalités durables de l'expérience vécue et des conduites s'écartant sensiblement des attentes de la culture de l'individu sur au moins deux des domaines suivants : la cognition, l'affectivité, le fonctionnement interpersonnel et le contrôle des impulsions.

La distribution des différents troubles de la personnalité (Axe II) au sein du groupe déprimé est mentionnée dans le graphique ci-dessous (Figure 1).

Figure 1 : Fréquence (%) des troubles de la personnalité dans le groupe déprimé



● ***Les personnes (9) de notre groupe clinique ayant une personnalité évitante (DSM IV) ont le sentiment de ne pas être à la hauteur. Elles présentent depuis le début de l'âge adulte une inhibition sociale importante et sont hypersensibles aux jugements d'autrui.*** Par peur d'être «rabaissées» constamment par autrui, ces personnes ont tendance à éviter toutes activités (sociales ou professionnelles) qui impliquent des relations interpersonnelles importantes (« *je n'aime pas travailler avec les autres, j'ai toujours peur qu'ils me critiquent ou qu'ils me disent que je ne suis pas capable ou que je n'ai pas bien fait mon travail*») (critères 1 et 4). Ces personnes ne s'impliquent avec les autres que si elles ont la certitude que ceux-ci les aiment ou les apprécient suffisamment. Aussi, ces femmes que nous avons

rencontrées se montraient uniquement proches de leur compagnon et d'amis fidèles puisqu'elles estimaient pouvoir leur faire confiance. En revanche, elles ne tentaient pas de nouer des relations avec les patients ou les soignants dans le service hospitalier (« *je peux faire confiance à mon compagnon, lui ne me jugera pas, il est très gentil avec moi, les autres me font peur* ») (critère 2). Même dans l'intimité, ces personnes sont très réservées de peur de paraître ridicules ou inintéressantes (critère 3). Ces personnes sont très inhibées et ont tendance à s'isoler, aussi elles éprouvent des difficultés ou se sentent incapables de prendre des initiatives ou des décisions qui tranchent avec les habitudes. Une de nos patiente a voulu rejoindre son compagnon dans une ville éloignée, depuis elle est très angoissée, elle n'a plus ses repères familiaux et amicaux (« *quand mon compagnon est au travail, je me sens mal, je ne peux pas sortir dehors, dans les magasins, je suis en sueur, je me sens en danger, je fais des crises de panique* ») (critères 6 et 8). Elles s'estiment incompetentes et sans attrait, au point qu'elles se demandent même ce que leur compagnon apprécie chez elles. Ces patientes nous disent « *Je suis insignifiante, d'autres femmes sont tellement mieux que moi ! Qu'est-ce que je peux apporter à mon compagnon ? Lui me sécurise, moi je ne lui fais faire que des soucis avec ma dépression* » (critère 7). Et les patientes nous précisent que leur faible estime d'elles mêmes ainsi que la crainte d'autrui sont antérieures à leur dépression actuelle : (« *les gens vont voir que je ne suis pas à la hauteur, que je suis nulle. C'était déjà ça avant la dépression, mais la dépression n'a rien arrangé... c'est terrible d'être comme ça. Je ne suis en sécurité que quand mon compagnon est avec moi* »). Durant l'hospitalisation, les femmes ayant une personnalité évitante restaient souvent dans leur chambre par peur d'être fragilisées et jugées par les patients et même par les équipes soignantes. Elles ne se sentent bien qu'au contact de leur compagnon parce qu'elles ont appris progressivement à leur faire confiance.

● ***Les femmes de notre groupe déprimé ayant une personnalité borderline (6) ont des attitudes d'impulsivité et présentent une instabilité générale dans les relations interpersonnelles, l'image de soi et les affects.*** Ces personnes sont arrivées à l'hôpital suite à une tentative de suicide et leur biographie est marquée par des tentatives de suicide à répétition (critère 5). Elles disent toutes ressentir un vide chronique depuis leur enfance : « *je ressens un grand vide à l'intérieur, qui a toujours été là, toujours !* » (critère 7). Les relations interpersonnelles – surtout les relations intimes - sont instables, intenses et caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation (critère 2). Suite à la séparation amoureuse récente précédant l'hospitalisation, une patiente du groupe clinique décrit la relation avec son ex-compagnon de manière clivée : c'est-à-dire de manière

extrêmement idéalisée (« *il était tout pour moi, il m'a libérée de mes souffrances, il m'a sortie de l'enfer, j'aurais tout fait pour lui, j'aurais même donné ma vie pour lui s'il le fallait*») ou dévalorisée (« *c'est rien pour moi, il est plus rien, je le déteste* »). L'humeur de ces patientes est fluctuante, elle passe souvent par des états comme la colère, l'agressivité, la tristesse et l'abattement (critères 6 et 8). Certains sujets de notre groupe clinique ayant ce trouble de la personnalité disent par ailleurs avoir tout fait pour éviter la séparation actuelle, les séparations antérieures et ce sentiment de vide terrible qui fait suite à l'abandon (critère 1). Leur identité et leur image de soi sont perturbées et changeantes, notamment en fonction du positionnement et de l'investissement vis-à-vis des relations affectives (« *ma mère, je veux qu'elle m'aime / ma mère, je m'en fous, je ne l'aime pas, je suis différente, je n'ai pas besoin d'elle* ») (critère 3).

● ***Les personnes déprimées de notre étude ayant une personnalité dépendante (5) (DSM IV) recherchent de manière constante à être prise en charge par autrui jusqu'à adopter des comportements collants et de soumission par peur de l'abandon et de la séparation.*** Les personnes dépendantes de notre groupe clinique sont passives dans la conduite de leur existence, aussi elles attendent d'autrui et notamment de leur partenaire qu'ils prennent les décisions et les responsabilités de la vie quotidienne à leur place (« *mon compagnon sait quelle décision prendre, moi je ne me sens pas capable, je sais qu'il fera les bons choix* ») (critère 2 et 4). Et lorsque ces personnes prennent des décisions dans leur quotidien, c'est avec l'aval et la réassurance d'autrui (critère 1). Ces personnes sont inquiètes en permanence et de manière irréaliste à l'idée d'avoir à se retrouver seules ou à se débrouiller seules (« *j'ai peur qu'il me quitte ou qu'il me laisse, comment je pourrais faire sans lui ?* ») (Critère 8). D'ailleurs, elles se sentent impuissantes à gérer leur vie de manière autonome (critère 6). Les femmes dépendantes de notre groupe déprimé évitent de décevoir et d'exprimer des désaccords, elles cherchent à tout prix du soutien, du réconfort et de l'appui auprès de leur partenaire (Critères 3 et 5). Elles cherchent du réconfort chez d'autres personnes lorsqu'elles ne peuvent pas ou plus le trouver chez leur partenaire (difficultés ou séparations conjugales) (critère 7). Dans notre groupe clinique, cette relation de dépendance s'exprime également en tant que « *malade* » à l'égard de l'hôpital et du personnel soignant : « *ici on s'occupe de moi, on prend soin de moi, je n'ai pas à me préoccuper des choses quotidiennes* ». En outre, l'hospitalisation permet d'éviter pour ces patientes dépendantes de se prendre en charge de manière autonome et de se sentir seules ou abandonnées.

A la description des troubles de la personnalité rencontrés chez les sujets déprimés, nous notons qu'il existe des points communs importants entre les personnalités évitantes et dépendantes, nécessitant le recours à un diagnostic différentiel. En effet, les sujets présentant ces deux personnalités ont besoin d'être fréquemment rassurés et ont le sentiment de ne pas être à la hauteur. Cependant, ces traits de personnalité semblables obéissent à deux logiques différentes selon le type de personnalité : la personnalité évitante a comme souci principal d'éviter l'humiliation et le rejet tandis que la personnalité dépendante a pour objectif d'être prise en charge constamment par autrui. En outre, par peur du jugement, les femmes évitantes ne s'entourent que de personnes de confiance (essentiellement leur compagnon). Quant aux femmes dépendantes, elles multiplient les contacts avec les autres patients et mobilisent en permanence les équipes soignantes.

1.1.5 Critères de l'Axe IV du DSM IV : problèmes psychosociaux et environnementaux.

Les stress psychosociaux et environnementaux (Axe IV) rencontrés dans notre groupe déprimé concernent trois catégories distinctes : celle relative au *groupe du support social* (64%), celle liée à *l'environnement social* (6%) et celle associée aux difficultés de *l'activité professionnelle* (6%). Pour le DSM IV, l'axe IV permet de rendre compte des problèmes psychosociaux et environnementaux estimés comme des événements négatifs par les sujets et datés de moins d'un an avant l'apparition du trouble clinique (Axe I). Selon cette classification, l'axe IV doit être un complément d'informations pour le diagnostic, le traitement et le pronostic des troubles mentaux. Plus précisément, cet axe peut initier, exacerber ou être la conséquence des troubles psychopathologiques.

La grande majorité du stress psychosocial des femmes déprimées est liée au groupe du support social et familial (64%), mais il concerne plus spécifiquement les difficultés rencontrées auprès du conjoint ou du partenaire amoureux (94% des situations stressantes relatives au support social). Les difficultés relationnelles avec le partenaire amoureux ont conduit généralement dans notre groupe clinique (à l'exception de 3 patientes) à une séparation effective d'avec le partenaire. En outre, nous avons relevé un problème de santé au sein de la famille et la perte d'un enfant (2 patientes). *Ces problèmes relationnels avec le partenaire amoureux* sont précisés dans la catégorie additionnelle du DSM IV notés Z 63.0.

Cette catégorie complémentaire peut être prise en compte lorsqu'elle est associée à l'Axe IV. Dans notre étude, cette catégorie est particulièrement spécifique et adéquate pour mettre en évidence les difficultés de notre groupe clinique au sein du support social.

1.2 Données relatives aux pertes et séparations affectives

Nous n'observons quasiment pas dans notre groupe déprimé de pertes parentales précoces, que ce soit avec la mère (2%) ou le père (6%). Aussi, les pertes parentales précoces ne sont significativement pas plus nombreuses dans le groupe déprimé que dans le groupe témoin. Les mêmes résultats sont constatés au sein de notre groupe clinique pour les pertes parentales récentes avec la mère (0%) ou le père (2%). En outre, il n'y a pas de différences significatives concernant les pertes parentales récentes entre les groupes, déprimé et témoin. En revanche, nous observons un résultat intéressant concernant l'existence d'une perte paternelle durant la vie du sujet déprimé. En effet, près de la moitié des femmes déprimées ont un père décédé (48%). Cette différence est significative entre les groupes, déprimé et témoin (48% *versus* 24 %; $p=.022$). Quant à l'existence d'un décès maternel chez les femmes déprimées, cela concerne 22% de ces femmes, mais cette différence n'est pas significative dans la comparaison avec le groupe témoin (22% *versus* 12%; $p=.287$) (cf. Tableau 2).

Quant aux résultats portant sur la séparation récente d'avec le conjoint, ils indiquent que plus de la moitié du groupe déprimé (54%) s'est séparée de son conjoint à moins d'un an de la dépression actuelle. En outre, nous observons significativement davantage de séparations conjugales récentes au sein du groupe déprimé qu'au sein du groupe témoin (54% *versus* 14%; $p=.001$) (cf. Tableau 9).

Tableau 9 : Fréquence (%) des séparations et des pertes affectives (mère, père, conjoint)-comparaisons entre les groupes, déprimé et témoin (analyse catégorielle).

Séparations-pertes	Groupe déprimé (N=50)	Groupe témoin (N=50)	Significativité
--------------------	-----------------------	----------------------	-----------------

	Fréquences	Fréquences	Chi ² (Yates)
Décès mère	22% (N=11)	12% (N=6)	P=.287
Décès père	48% (N=24)	24% (N=12)	P=.022
Perte précoce maternelle (14 ans)	2% (N=1)	6% (N=3)	p=1
Perte précoce paternelle (14 ans)	6% (N=3)	4% (N=2)	p=1
Perte maternelle récente (≤1 an)	0% (N=0)	0% (N=0)	p=1
Perte paternelle récente (≤1 an)	2% (N=1)	0% (N=0)	p=1
Séparation récente d'avec le conjoint (≤1 an)	54% (N=27)	14% (N=7)	p=.001

2. LES STRATEGIES D'ATTACHEMENT DES FEMMES DEPRIMEES

Nous nous intéressons aux stratégies d'attachement des femmes déprimées, c'est-à-dire aux stratégies relationnelles et de régulation émotionnelle que les femmes déprimées ont mises en place suite aux expériences interactives vécues avec les figures d'attachement depuis la prime enfance.

Nous nous attendons à ce que la dépression soit associée positivement aux stratégies d'attachement de type préoccupé et négativement aux stratégies d'attachement de type secure-autonome. La stratégie d'attachement préoccupé renvoie à une hyper-activation des émotions et des pensées relatives à l'attachement tandis que la stratégie secure renvoie au contraire à une régulation équilibrée des émotions et des pensées relatives à l'attachement.

Les stratégies des femmes déprimées peuvent être évaluées de manière catégorielle (fréquence de la stratégie d'attachement préférentielle utilisée par les femmes déprimées) ou dimensionnelle (scores obtenus par les femmes déprimées sur l'ensemble des trois stratégies d'attachement). Quel que soit le type d'évaluation, les stratégies d'attachement des femmes

déprimées sont comparées aux stratégies utilisées par le groupe témoin afin d'observer quelles sont les stratégies d'attachement qui sont spécifiques au groupe déprimé.

En ce qui concerne l'analyse catégorielle des stratégies d'attachement, nos résultats indiquent que le groupe déprimé utilise moins fréquemment la stratégie secure-autonome (20% *versus* 54%; $p=.001$) et plus fréquemment la stratégie préoccupée que le groupe témoin (66% *versus* 32%; $p=.001$). En revanche, nous n'observons pas de différences significatives entre les groupes déprimé et témoin sur la stratégie détachée (16% *versus* 16%; NS). Au contraire, les fréquences observées sur la stratégie détachée des deux groupes sont identiques (cf. Tableau 10).

Tableau 10 : Fréquence (%) des stratégies d'attachement (prototypes Ca-mir) - comparaisons entre les groupes, déprimé et témoin (analyse catégorielle).

Stratégies d'attachement (Ca-mir)	Groupe déprimé (N=50) Fréquences	Groupe témoin (N=50) Fréquences	Significativité Chi ² (Yates)
Stratégie Secure-autonome	20% (N=10)	54% (N=27)	p=.001
Stratégie Détachée	14% (N=7)	14% (N=7)	p=.773
Stratégie Préoccupée	66% (N=33)	32% (N=16)	p=.001

Quant à l'analyse dimensionnelle des stratégies d'attachement, nous retrouvons les mêmes résultats entre les groupe déprimé et témoin pour les stratégies secure-autonomes et préoccupées. En revanche, la stratégie détachée est significativement plus importante dans le groupe déprimé que dans le groupe témoin (50,53 *versus* 46,22; $p=.013$) alors que nous n'avons pas observé de différences entre les deux groupes dans l'analyse catégorielle (cf. Tableau 11).

Tableau 11 : Scores aux stratégies d'attachement (prototypes Ca-mir)- comparaisons entre les groupes, déprimé et témoin (analyse dimensionnelle).

Stratégies d'attachement (Ca-mir)	Groupe déprimé (N=50) Moyennes et écarts-types	Groupe témoin (N=50) Moyennes et écarts-types	Significativité Test U Man Whitney
Stratégie Secure-autonome	39,37 (13,19)	50,21 (10)	Z : -4,426; p=.000
Stratégie Détachée	50,53 (10,01)	46,22 (9,15)	Z : 2,234; p=.013
Stratégie Préoccupée	60,90 (9,27)	50,83 (9,54)	Z : 4,808; p=.000

Les résultats de l'analyse corrélacionnelle confortent les analyses comparatives. Les scores de dépression de notre groupe clinique sont associés à des stratégies d'attachement préoccupé et faiblement sécurisé (cf. Tableau 5). En effet, les résultats montrent que les scores de dépression évalués à partir de la Madrs sont corrélés positivement à la stratégie préoccupée (Rho : 0,304; $p < .05$) et négativement à la stratégie secure-autonome (Rho : -0,315; $p < .05$). Quant aux scores de dépression évalués par la BDI, ils sont corrélés négativement à la stratégie secure-autonome (Rho : -0,269; $p < .05$) (cf. Tableau 12).

Tableau 12 : Corrélations entre les scores de dépression (BDI et Madrs) et les scores aux stratégies d'attachement au sein du groupe déprimé (Coefficients de corrélations de Rangs de Spearman).

N=50 Stratégies d'attachement (Ca-mir)	Stratégie secure-autonome	Stratégie détachée	Stratégie préoccupée
Dépression (BDI)	-0,269 (p=.029)	-0,067 (p=NS)	-0,232 (p=.052)
Dépression (Madrs)	-0,315 (p=.013)	-0,206 (p=NS)	0,304 (p=.016)

Lorsque nous effectuons une analyse de régression multiple pas à pas pour déterminer plus précisément la force de l'association entre la dépression et les stratégies d'attachement des femmes déprimées, seule la stratégie secure-autonome constitue un facteur explicatif de la dépression mesurée avec la BDI et la Madrs. En outre, la stratégie secure-autonome explique 8,7 % ($R^2 : 0,087$, R^2 ajusté : 0,087; $F : 4,553$; $p = .038$) de la variance de la BDI (cf. Tableau 13) et 13,9 % ($R^2 : 0,139$, R^2 ajusté : 0,139; $F : 7,757$; $p = .008$) de la variance de la Madrs.

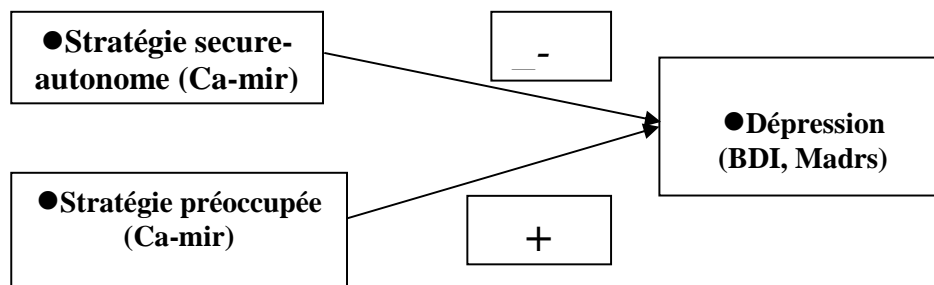
Aussi, si la stratégie préoccupée est associée à la dépression, son poids explicatif est insuffisant pour rendre compte des symptômes dépressifs contrairement à la stratégie secure-autonome (entre 8,7 % et 13,9%).

Tableau 13 : Analyse de régression multiple pas à pas. La contribution des différents scores aux stratégies d'attachement (variables explicatives) dans l'explication des scores de dépression au sein du groupe déprimé (BDI comme variable expliquée).

N=50 BDI- Dépression ²⁹ (Variable expliquée)	R ²	R ² ajusté	F	P
Ca-mir- Stratégie secure-autonome (Variable explicative)	0,087	0,087	4,553	.038
Ca-mir- Stratégie détachée (Variable explicative)	0,109	0,022	1,158	.287

En résumé, la dépression est liée positivement à la stratégie d'attachement préoccupée et négativement à la stratégie d'attachement secure-autonome.

Figure 2: Liens entre les stratégies d'attachement (Ca-mir) et la dépression (BDI, Madrs)



²⁹ Quant à la Madrs en tant que variable expliquée pour la dépression, nous retrouvons les mêmes résultats significatifs pour la variable stratégie secure-autonome en tant que facteur explicatif, mais son poids explicatif est plus important avec la Madrs (R² : 0,139, R² ajusté : 0,139; F : 7,757; p=.008).

3. LES DIFFERENTES REPRESENTATIONS DES EXPERIENCES D'ATTACHEMENT DES FEMMES DEPRIMEES

L'évaluation des stratégies d'attachement s'effectue en tenant compte de l'ensemble des trois « *niveaux de réalité* » des représentations des expériences d'attachement.

Ces trois niveaux de réalité correspondant aux représentations des expériences d'attachement sont les suivants (Pierrehumbert *et al.*, 1996) :

→ **Le passé** : il s'agit de la représentation des souvenirs des expériences infantiles avec les parents.

→ **Le présent** : il s'agit de la représentation des expériences vécues actuellement dans la famille.

→ **L'état d'esprit** : il s'agit de la représentation généralisée de l'adulte au sujet de ses expériences infantiles. L'état d'esprit renvoie davantage à l'appréciation, l'intégration et l'élaboration actuelles des expériences d'attachement plutôt qu'aux contenus de ces expériences.

Nous nous attendions à ce que la dépression soit liée positivement aux différentes représentations des expériences d'attachement de type préoccupé (passé, présent et état d'esprit) et négativement aux différentes représentations des expériences d'attachement de type secure-autonome (passé, présent et état d'esprit).

Nos résultats mettent en évidence des différences significatives entre le groupe déprimé et le groupe témoin pour l'ensemble des représentations des expériences d'attachement (passées, présentes, état d'esprit) et ce, quel que soit le type d'expériences d'attachement : sécurité-autonomie, détachement, préoccupation et non résolution (cf. Tableau 14). Les résultats vont dans le sens d'une plus faible sécurité-autonomie et d'une plus grande insécurité (détachement, préoccupation et non résolution) dans les expériences d'attachement au sein du groupe déprimé qu'au sein du groupe témoin. Contrairement à nos attentes, les expériences d'insécurité autres que la préoccupation (détachement, non résolution) sont également plus représentées dans le groupe déprimé que dans le groupe témoin. Il est à noter aussi que l'ensemble des expériences (passées et état d'esprit) renvoyant à la structuration du milieu familial sont significativement plus importantes au sein du groupe déprimé qu'au sein du groupe témoin (cf. Tableau 14).

Tableau 14 : Scores aux représentations d'expériences d'attachement (échelles Ca-mir) - comparaisons entre les groupes, déprimé et témoin.

Type d'expériences d'attachement (Ca-mir)	Niveau de réalité	Groupe déprimé (N=50) Moyennes et écarts-types	Groupe témoin (N=50) Moyennes et écarts-types	Significativité Test U Man Whitney
Préoccupation	Passé	3,15 (0,79)	2,34 (0,70)	Z : 4,802 ; p=.000
	Présent	3,60 (0,75)	2,95 (0,81)	Z : 3,881; p=.000
	Etat d'esprit	3,29 (0,85)	2,36 (0,93)	Z : 4,891; p=.000
Sécurité- autonomie	Passé	2,91 (1,06)	3,53 (0,85)	Z : -3,078 ; p=.001
	Présent	3,04 (0,90)	4,01 (0,70)	Z : -5,263; p=.000
	Etat d'esprit	3,28(0,94)	3,96 (0,68)	Z : -3,671; p=.000
Détachement	Passé	3,02 (1)	2,39 (0,88)	Z : 3,088; p=.001
	Présent	3,46 (0,72)	3,09 (0,83)	Z : 2,085; p=.019
	Etat d'esprit	3,01 (1,11)	2,16 (0,87)	Z : 3,909; p=.000
Non résolution	Passé	2,76 (1,27)	2,03 (1)	Z : 2,851; p=.002
	Etat d'esprit	3,09 (0,89)	2,29 (0,98)	Z : 4,036; p=.000
Structuration du milieu familial	Passé	2,20 (0,65)	1,71 (0,49)	Z : 4,156; p=.000
	Etat d'esprit	4,34 (0,48)	4,01 (0,70)	Z : 2,554; p=.005

Les résultats de l'analyse corrélacionnelle montrent que la dépression des femmes (scores BDI et Madrs) au sein du groupe déprimé est corrélée significativement à deux

niveaux de réalité des expériences d'attachement relatives à la préoccupation : *la préoccupation passée* [BDI → Rho : 0,359, p=.005; Madrs → Rho : 0,275; p=.025] et *l'état d'esprit préoccupé* [BDI → Rho : 0,282, p=.027; Madrs → Rho : 0,411; p=.002] (cf. Tableau 15).

Mais lorsque la dépression est évaluée uniquement avec la Madrs, nous observons des corrélations avec l'ensemble des autres expériences d'attachement passé et de celles relatives à l'état d'esprit d'attachement à l'exception de l'état d'esprit non résolu. Ainsi, ces corrélations sont positives lorsqu'il s'agit des expériences de type insécurisant, c'est-à-dire les expériences de *détachement* [*détachement passé* → Rho : 0,400, p=.002; *état d'esprit détaché* → Rho : 0,295; p=.020] et de *non résolution* [*non résolution passée* → Rho : 0,420, p=.001] et négatives lorsqu'il s'agit des expériences de sécurité-autonomie [sécurité-autonomie passée → Rho : -0,323, p=.011; état d'esprit secure-autonome → Rho : -0,312; p=.014]. Il est à noter que les expériences d'attachement présent ne sont pas corrélées à la dépression. Quant aux expériences spécifiques liées à la structuration du milieu familial, nous observons des corrélations entre l'état d'esprit relatif à ce type d'expériences et la dépression des femmes évaluée avec la Madrs (Rho : -0,258; p=.027) (cf. Tableau 15)

Tableau 15 : *Corrélations entre les scores de dépression (BDI et Madrs) et les scores aux représentations d'expériences d'attachement au sein du groupe déprimé (Coefficients de corrélations de Rangs de Spearman).*

N=50 Type d'expériences d'attachement (Ca-mir)	Niveau de réalité	BDI	Madr
Préoccupation	Passé	0,359 (p=.005)	0,275 (p=.027)
	Présent	0,079 (NS)	-0,008 (NS)
	Etat d'esprit	0,282 (p=.024)	0,411 (p=.002)
Sécurité-autonomie	Passé	-0,181 (NS)	-0,323 (p=.011)
	Présent	-0,183 (NS)	-0,231 (NS)
	Etat d'esprit	-0,130 (NS)	-0,312 (p=.014)
Détachement	Passé	0,199 (NS)	0,400 (p=.002)
	Présent	-0,107 (NS)	0,109 (NS)
	Etat d'esprit	0,233 (p=.052)	0,295 (p=.020)
Non résolution	Passé	0,204 (NS)	0,420 (p=.001)
	Etat d'esprit	0,143 (NS)	0,157 (NS)
Structuration du milieu familial	Passé	0,055 (NS)	0,033 (NS)
	Etat d'esprit	-0,159 (NS)	-0,258 (p=.027)

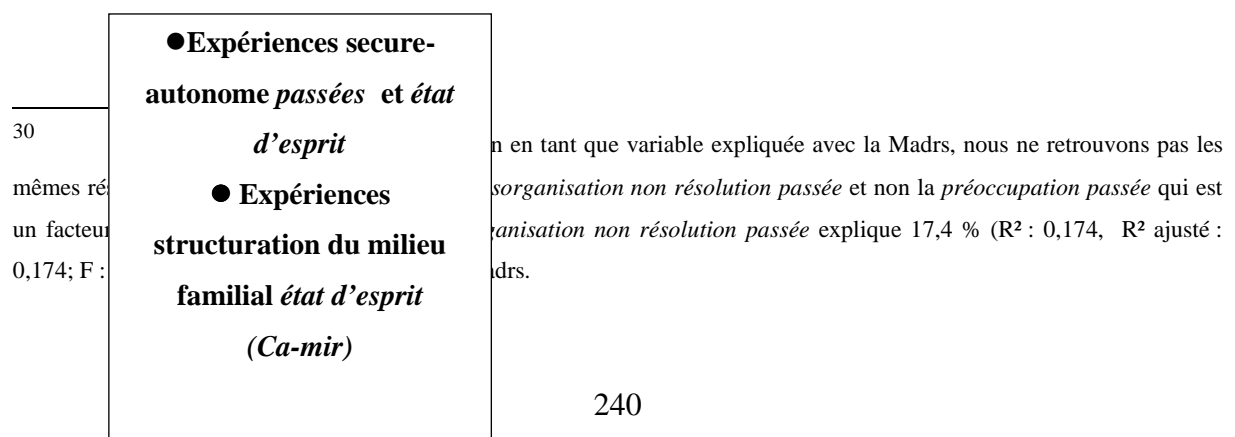
Lorsque nous effectuons une analyse de régression multiple pas à pas pour déterminer plus précisément la force de l'association entre la dépression et les représentations d'expériences d'attachement des femmes déprimées au sein du groupe déprimé, seules les expériences de *préoccupation passée* et de *désorganisation non résolution passée* sont considérées comme étant suffisamment explicatives de la dépression des femmes. En effet, les résultats de l'analyse de régression multiple pas à pas indiquent que parmi l'ensemble des représentations d'expériences d'attachement, *la préoccupation passée* explique 14,9 % ($R^2 : 0,149$, R^2 ajusté : 0,149; $F : 8,436$; $p=.006$) de la variance de la BDI (cf. Tableau 16) tandis que la *non résolution passée* explique 17,4 % ($R^2 : 0,174$, R^2 ajusté : 0,174; $F : 10,083$; $p=.003$) de la variance de la Madrs.

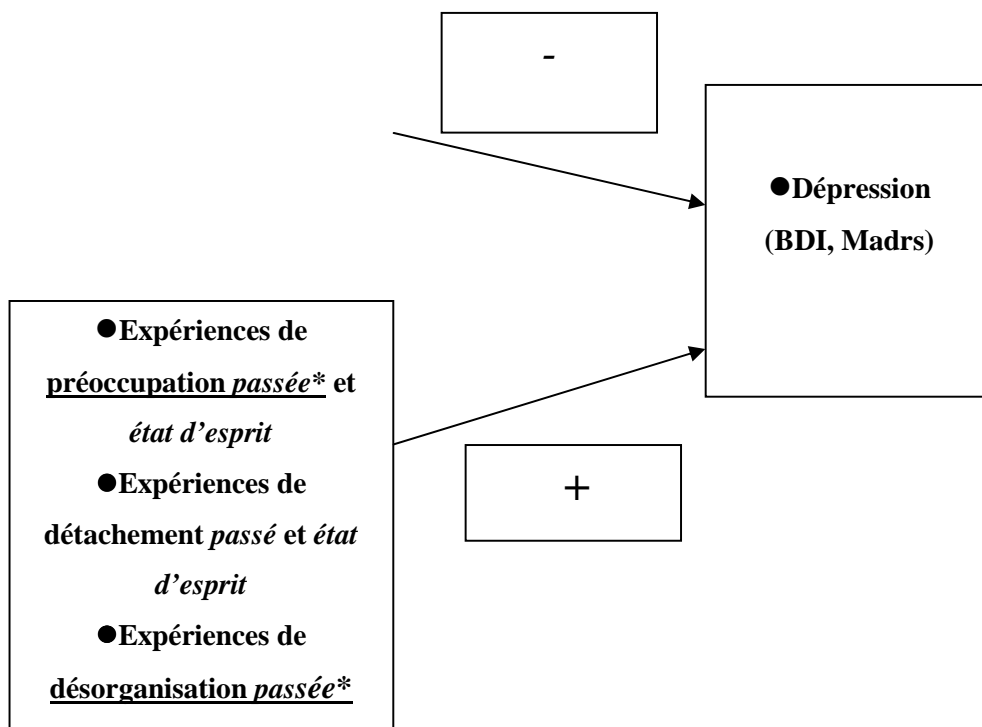
Tableau 16 : Analyse de régression multiple pas à pas. La contribution des différents scores aux représentations d'expériences d'attachement (variables explicatives) dans l'explication des scores de dépression (BDI comme variable expliquée).

BDI-Dépression ³⁰ (variable expliquée) (N=50)		R ²	R ² ajusté	F	P
Type et niveau de réalité des Expériences d'attachement (variables explicatives)	Préoccupation passée	0,149	0,149	8,436	.006
	Préoccupation présente	0,170	0,021	1,178	.283
	Etat d'esprit préoccupé	0,209	0,039	2,249	.141
	Détachement présent	0,258	0,050	3,007	.090
	Détachement passé	0,285	0,027	1,644	.206
	Sécurité présente	0,337	0,052	3,357	.074
	Etat d'esprit détaché	0,381	0,044	2,973	.092
	Etat d'esprit non résolu	0,405	0,024	1,642	.207

En résumé, les différentes expériences de préoccupation et de sécurité autonomie sont associées à la dépression à l'exception des expériences présentes, non corrélées à la dépression. Néanmoins, les expériences insécurisantes, passé et état d'esprit, autres que la préoccupation sont également associées à la dépression : c'est le cas d'une part, des représentations d'expériences passées de type détaché et non résolu, et d'autre part, des représentations liées davantage à l'élaboration psychique des expériences qu'à leurs contenus en ce qui concerne le détachement (« *état d'esprit détaché* »). En outre, l'analyse de régression multiple pas à pas a pu déterminer les expériences d'attachement les plus fortement associées à la dépression : il s'agit de deux expériences d'attachement passé : *la préoccupation passée et la non résolution passée*.

Figure 3 : Liens entre la dépression et les représentations d'expériences d'attachement





* Ce sont les expériences d'attachement qui expliquent le plus la dépression : la *préoccupation passée* explique 14,9% de la dépression (BDI) et la *désorganisation non résolution passée* explique 17,4% de la dépression (Madrs).

4. LES STYLES D'ATTACHEMENT INTERPERSONNEL DES FEMMES DEPRIMEES

Nous nous intéressons maintenant à l'attachement actuel des femmes déprimées à partir des *styles d'attachement interpersonnel et romantique* correspondant respectivement aux pensées, sentiments et comportements des sujets dans les relations interpersonnelles et amoureuses actuelles (Mikulincer & Shaver, 2002).

En ce qui concerne l'attachement dans les relations interpersonnelles, *nous nous attendons à ce que la dépression soit associée positivement aux styles d'attachement interpersonnel préoccupé et craintif et négativement aux styles d'attachement interpersonnel secure.*

L'analyse catégorielle des styles d'attachement interpersonnel indique que le groupe déprimé est moins secure (20% *versus* 86%; $p < .000$) et davantage préoccupé (24% *versus* 2%; $p = .003$) et craintif (48% *versus* 8%; $p = .000$) que le groupe témoin. En revanche, nous n'observons pas de différences significatives entre les deux groupes pour la catégorie d'attachement interpersonnel démissionnaire (8% *versus* 4%; NS) (cf. Tableau 17).

Tableau 17 : Catégories d'attachement interpersonnel (RQ)- comparaisons entre les groupes, déprimé et témoin.

Catégories d'attachement Interpersonnel (RQ)	Groupe déprimé (N=50) Fréquences	Groupe témoin (N=50) Fréquences	Significativité Khi2 (Yates)
Catégorie Secure	20% (N=10)	86% (N=43)	P=.000
Catégorie Démissionnaire	8% (N=4)	4% (N=2)	P=.674
Catégorie Préoccupée	24% (N=12)	2% (N=1)	P=.003
Catégorie Craintive	48% (N=24)	8% (N=4)	P=.000

Quant à l'analyse dimensionnelle de l'attachement interpersonnel, elle confirme les résultats que nous avons obtenus à partir de l'analyse catégorielle. En effet, le groupe déprimé présente des scores d'attachement interpersonnel moins secure ($p < .000$), plus préoccupés ($p < .000$) et plus désorganisés ($p < .000$) que le groupe témoin. En revanche, nous n'observons pas de scores significativement différents entre le groupe déprimé et le groupe témoin concernant le style d'attachement interpersonnel démissionnaire (NS) (cf. Tableau 18).

Tableau 18 : Dimensions d'attachement interpersonnel (RQ)- comparaisons entre les groupes, déprimé et témoin.

Dimensions	Groupe déprimé (N=50)	Groupe témoin (N=50)	Significativité
------------	-----------------------	----------------------	-----------------

d'attachement interpersonnel (RQ)	Moyennes et écarts-types	Moyennes et écarts-types	Test U Man Whitney
Dimension Secure	2,82 (1,98)	5,62 (1,35)	Z : -6,638 ; p=.000
Dimension Démissionnaire	2,26 (2,13)	2,42 (1,53)	Z : -0,855 ; p=.196
Dimension préoccupée	3,70 (2,48)	1,46 (1,69)	Z : 4,339 ; p=.000
Dimension craintive	4,50 (2,45)	1,68 (1,96)	Z : 5,143 ; p=.000

Quant aux résultats de l'analyse corrélacionnelle, ils montrent également que les scores de dépression mesurés avec la BDI (Rho : 0,238; p=.048) et la Madrs (Rho : 0,326; p=.010) sont corrélés positivement à la dimension craintive de l'attachement interpersonnel (cf. Tableau 12). En revanche, seule la dépression mesurée avec la BDI est corrélée négativement à la dimension secure de l'attachement interpersonnel (Rho : -0,280; p=.024). Il est à noter que contrairement aux analyses comparatives, la dimension préoccupée n'est pas associée à la dépression (cf. Tableau 19).

Tableau 19 : Corrélations entre les scores de dépression (BDI et Madrs) et les scores aux dimensions d'attachement interpersonnel (Coefficients de corrélations de Rangs de Spearman).

N=50	Dimension Secure (RQ)	Dimension démissionnaire (RQ)	Dimension Préoccupée (RQ)	Dimension Craintive (RQ)
BDI	-0,280 (p=.024)	0,021 (NS)	-0,160 (NS)	0,238 (p=.048)
Madrs	-0,176 (NS)	0,044 (NS)	-0,013 (NS)	0,326 (p=.010)

Lorsque nous effectuons une analyse de régression multiple pas à pas pour déterminer plus précisément la force de l'association entre la dépression et les styles d'attachement interpersonnel des femmes déprimées, seul le style d'attachement interpersonnel craintif constitue un facteur explicatif de la dépression lorsque celle-ci est évaluée par le clinicien-évaluateur, c'est-à-dire à partir de la Madrs. En effet, le style interpersonnel craintif explique 12,9 % (R^2 : 0,129, R^2 ajusté : 0,129; F : 7,103; p=.010) de la variance de la Madrs (cf. Tableau 20). En revanche, lorsque les symptômes dépressifs sont auto-évalués (évaluation

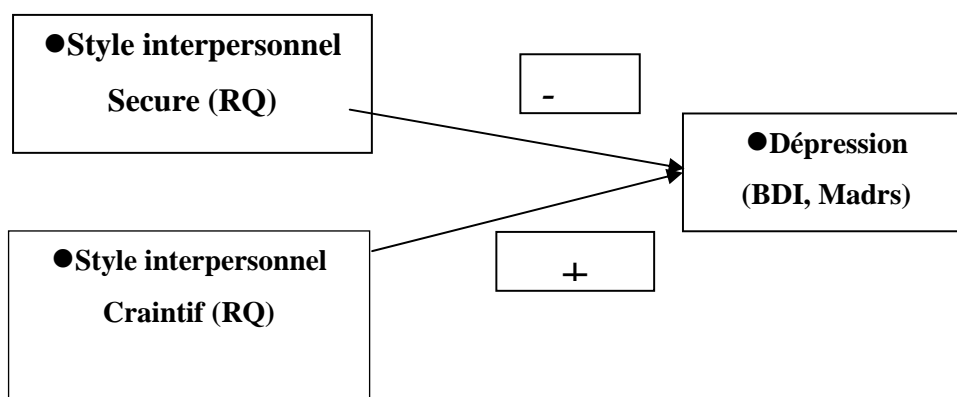
BDI) par les patientes déprimées, aucun des styles d'attachement interpersonnel est considéré comme étant suffisamment explicatif de la dépression. En effet, les styles d'attachement interpersonnel ne sont pas significatifs puisqu'ils expliquent trop faiblement la variance de la BDI, c'est à dire entre 3,4 % (R^2 ajusté : 0,034 pour le style secure; NS) et 5,3% (R^2 ajusté : 0,053 pour le style craintif; NS).

Tableau 20 : Analyse de régression multiple pas à pas. La contribution des différents scores aux styles d'attachement interpersonnel (variables explicatives) dans l'explication des scores de dépression (MadrS comme variable expliquée).

N=50 Madrs - Dépression (Variable expliquée)	R^2	R^2 ajusté	F	P
RQ- Dimension craintive (Variable explicative)	0,129	0,129	7,103	.010

En résumé, la dépression est associée positivement à un style d'attachement interpersonnel craintif et associée négativement à un style d'attachement secure. Quant au style d'attachement préoccupé, il n'est lié à la dépression que dans l'analyse comparative (comparaison groupe déprimé/ groupe témoin).

Figure 4 : Liens entre la dépression et les styles d'attachement interpersonnel



5. LES STYLES D'ATTACHEMENT AMOUREUX (ROMANTIQUE) DES FEMMES DEPRIMEES

Nous investiguons ici l'attachement amoureux. A l'instar de l'attachement interpersonnel, nous pensons que *la dépression est associée positivement aux styles d'attachement romantique préoccupé et craintif et négativement aux styles d'attachement romantique secure. Par ailleurs, nous postulons que la dimension anxieuse de l'attachement romantique - qui participe à la construction des catégories d'attachement romantique préoccupé et craintif - est liée positivement à la dépression.*

En ce qui concerne l'analyse catégorielle, les résultats indiquent que le groupe déprimé présente moins fréquemment le style d'attachement romantique secure (4% *versus* 52%; $p=.000$) et plus fréquemment le style craintif que le groupe témoin (38% *versus* 14%; $p=.012$). Néanmoins, une différence est à noter pour le style démissionnaire, plus important dans le groupe déprimé que dans le groupe témoin (12% *versus* 2%; $p=.058$), mais cette différence n'est pas statistiquement significative au seuil $p<.05$. En revanche, nous n'observons pas de différences significatives concernant le style d'attachement romantique préoccupé (cf. Tableau 21).

Tableau 21 : Catégories d'attachement romantique (ECR)- comparaisons entre les groupes, déprimé et témoin.

	Groupe déprimé (N=50) Fréquences	Groupe témoin (N=50) Fréquences	Significativité Khi2 (Yates)
Catégorie Secure (ECR)	4% (N=2)	52% (N=26)	P=.000
<i>Catégorie Démissionnaire (ECR)</i>	<i>12%</i> <i>(N=6)</i>	<i>2%</i> <i>(N=1)</i>	<i>P=.058</i>
Catégorie Préoccupée (ECR)	46% (N=23)	32% (N=16)	P=.219
Catégorie Craintive (ECR)	38% (N=19)	14% (N=7)	P=.012

Quant à l'analyse dimensionnelle, nos résultats indiquent des différences significatives entre le groupe déprimé et le groupe témoin pour les deux dimensions de l'attachement romantique. En effet, les scores des dimensions évitantes et anxieuses de l'attachement romantique sont plus importants au sein du groupe déprimé qu'au sein du groupe témoin

($p=.000$). En outre, lorsque l'ensemble des deux dimensions d'attachement romantique est élevé (dimensions évitantes et anxieuses), cela signifie que l'attachement romantique est de type craintif; c'est le cas pour le groupe déprimé lorsque nous le comparons au groupe témoin (cf. Tableau 22).

Tableau 22 : Dimensions d'attachement romantique (ECR)- comparaisons entre les groupes, déprimé et témoin.

	Groupe déprimé (N=50) Moyennes et écarts-types	Groupe témoin (N=50) Moyennes et écarts-types	Significativité Test U Man Whitney
Dimension évitante (ECR)	3,45 (1,46)	2,33 (1,02)	Z : 3,93 ; p=.000
Dimension anxieuse (ECR)	4,57 (1,18)	3,65 (1,04)	Z : 3,75 ; p=.000

En ce qui concerne l'analyse corrélationnelle, il est à noter que la dépression est associée significativement à la dimension évitante de l'attachement romantique lorsque les symptômes dépressifs sont évalués par les patientes elles-mêmes, c'est-à-dire avec la BDI (cf. Tableau 16). En effet, les résultats montrent que les scores de dépression évalués à partir de la BDI sont corrélés positivement et significativement à la dimension évitante de l'attachement romantique ($Rho : 0,397$; $p=.002$). Cette corrélation avec la dimension évitante de l'attachement romantique est néanmoins observée par le clinicien évaluateur à partir de la Madrs, mais cette corrélation n'est pas statistiquement significative au seuil $p<.05$ ($Rho : 0,222$; $p=.061$). En outre, nous n'observons pas de corrélations significatives entre la dépression et la dimension anxieuse de l'attachement romantique (cf. Tableau 23).

Tableau 23 : Corrélations entre les scores de dépression (BDI et Madrs) et les scores aux dimensions d'attachement romantique (Coefficients de corrélations de Rangs de Spearman).

N=50	Dimension évitante (ECR)	Dimension anxieuse (ECR)
Dépression (BDI)	0,397 (p=.002)	0,216 (p=.066)

Dépression (Madr)	0,222 (p=.061)	0,153 (NS)
-------------------	-----------------------	------------

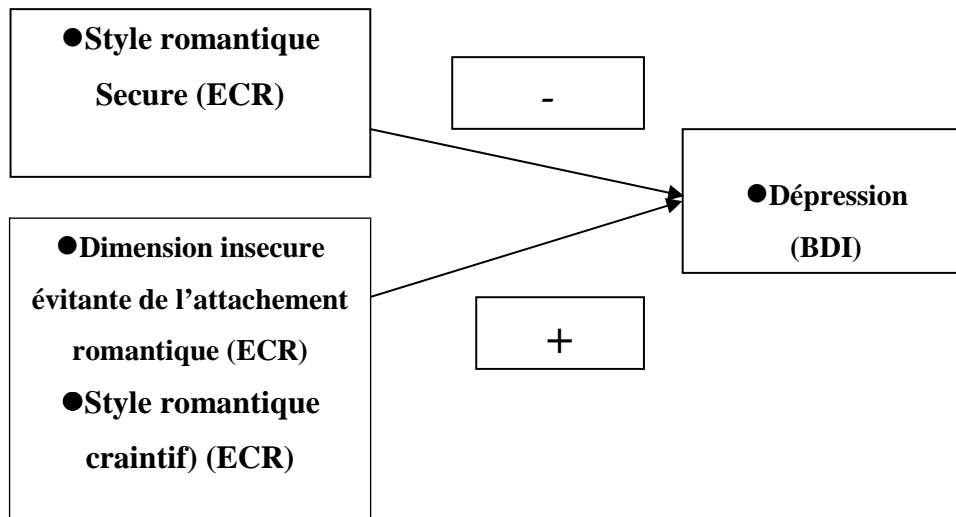
Lorsque nous effectuons une analyse de régression multiple pas à pas pour déterminer plus précisément la force de l'association entre nos deux variables significatives de l'analyse corrélationnelle - c'est-à-dire la dépression mesurée avec la BDI et la dimension évitante de l'attachement romantique - nos résultats indiquent que la dimension évitante explique 18,4% ($R^2 : 0,184$, R^2 ajusté : 0,184; F : 10,815; $p=.010$) de la variance de la BDI en tant que variable expliquée. Aussi, nos résultats montrent l'importance de la dimension évitante de l'attachement romantique dans l'explication de la dépression au sein du groupe déprimé, et *a contrario* l'indépendance de la dimension anxieuse de l'attachement romantique, non associée aux symptômes dépressifs du groupe déprimé (cf. Tableau 24).

Tableau 24: Analyse de régression multiple pas à pas. La contribution des différents scores des dimensions d'attachement romantique (variables explicatives) dans l'explication des scores de dépression (BDI comme variable expliquée).

N=50 BDI- Dépression (Variable expliquée)	R ²	R ² ajusté	F	P
ECR- Dimension évitante (Variable explicative)	0,184	0,184	10,815	.002
ECR-Dimension anxieuse (Variable explicative)	0,286	0,102	6,700	.013

En résumé, la dépression est positivement liée au style romantique craintif et négativement au style interpersonnel secure. En revanche, le style romantique préoccupé n'est pas associé à la dépression. En outre, contrairement à nos attentes, ce n'est pas la dimension anxieuse qui est liée à la dépression mais la dimension évitant

Figure 5 : Liens entre la dépression et les styles d'attachement romantique



6. CORRELATIONS ENTRE LES STRATEGIES D'ATTACHEMENT ET LES STYLES D'ATTACHEMENT INTERPERSONNEL ET ROMANTIQUE DES FEMMES DEPRIMEES

Nous avons précédemment observé les liens entre la dépression et les différents attachements : les *stratégies d'attachement*, les *représentations d'expériences d'attachement*, le *style d'attachement interpersonnel* et le *style d'attachement interpersonnel*. *Nous souhaitons vérifier ici si les stratégies d'attachement des femmes déprimées sont corrélées significativement à leurs styles d'attachement romantique et interpersonnel.*

Nos résultats montrent que l'ensemble des stratégies d'attachement (secure-autonomes, détachées et préoccupées) du groupe déprimé est associé à leurs styles d'attachement interpersonnel secure et craintif. D'une part, la stratégie secure-autonome est corrélée positivement au style interpersonnel secure (Rho : 0,340; p=.016) et négativement au style interpersonnel craintif (Rho : -0,362; p=.010). D'autre part, la stratégie d'attachement préoccupé est liée positivement au style interpersonnel craintif (Rho : 0,435; p=.002) et négativement au style interpersonnel secure (Rho : -0,336; p=.017). Quant à la stratégie d'attachement détaché, elle est corrélée positivement au style interpersonnel craintif (Rho : 0,366; p=.009) et négativement au style secure (Rho :-0,383; p=.006). Il est à noter que les styles d'attachement interpersonnel préoccupé et détaché des femmes déprimées sont indépendants de leurs stratégies d'attachement (cf. Tableau 25).

Ensuite, nous observons que les stratégies d'attachement des femmes déprimées sont associées à la dimension anxieuse de leur attachement romantique. En effet, les résultats indiquent que les stratégies d'attachement secure-autonome (Rho : -0,347; p=.014) et préoccupé (Rho : 0,487 ; p=.003) sont corrélées à la dimension anxieuse de l'attachement romantique. En revanche, la dimension évitante de l'attachement romantique est corrélée avec aucune des stratégies d'attachement (cf. Tableau 25).

Tableau 25 : Corrélations entre les scores aux stratégies d'attachement (BDI et Madrs) et les scores aux styles d'attachement interpersonnel et romantique (Coefficients de corrélations de Rangs de Spearman).

N=50 (Groupe déprimé)	Style interpersonnel	Style interpersonnel	Style interpersonnel	Style interpersonnel	Dimension romantique	Dimension romantique
Ca-mir- Stratégies RQ-style interpersonnel	secure	Démissionnaire	Préoccupé	Craintif	évitante	anxieuse
ECR-style romantique						
Stratégie Secure-autonome	0,340 (p=.016)	-0,109 (NS)	-0,132 (NS)	-0,362 (p=.010)	-0,143 (NS)	-0,347 (p=.014)
Stratégie Détachée	-0,383 (p=.006)	0,158	0,109	0,366 (p=.009)	-0,015 (NS)	0,259 (NS)
Stratégie Préoccupée	-0,336 (p=.017)	-0,046	0,188	0,435 (p=.002)	0,155	0,487 (p=.003)

Pour savoir si les liens observés entre les stratégies d'attachement et les styles d'attachement interpersonnel et romantique sont spécifiques au groupe déprimé, nous devons tenir compte des corrélations observées au sein du groupe témoin et s'assurer que ces corrélations ne soient pas significatives.

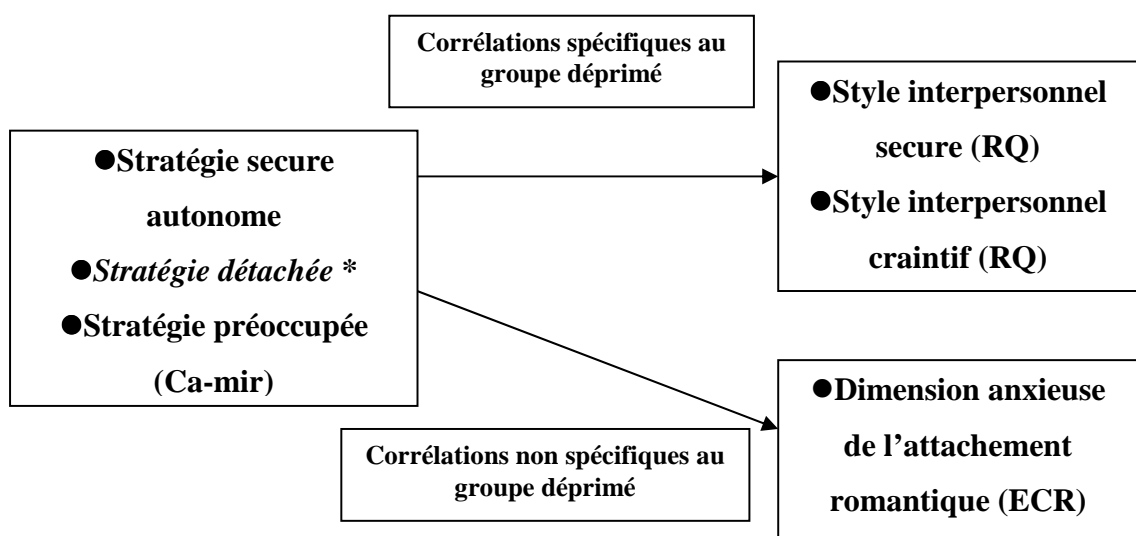
En ce qui concerne les liens entre stratégies d'attachement et styles d'attachement interpersonnel, nos résultats indiquent qu'aucune des corrélations significatives observées au sein du groupe déprimé ne se révèle significative au sein du groupe témoin. En effet, le style interpersonnel craintif n'est pas corrélé avec les stratégies d'attachement secure-autonome (Rho : -0,252; NS), détaché (Rho : 0,112; NS) et préoccupé (Rho : 0,261; NS) et le style

interpersonnel secure n'est pas corrélé avec les stratégies d'attachement secure-autonome (Rho : 0,178; NS), détaché (Rho : -0,173; NS) et préoccupé (Rho : -0,063; NS).

Pour ce qui est des corrélations effectuées au sein du groupe témoin entre les stratégies d'attachement et les styles d'attachement romantique, nous retrouvons des résultats comparables à ceux du groupe déprimé. En effet, nous constatons chez le groupe témoin des corrélations significatives entre la dimension anxieuse de l'attachement romantique et les stratégies d'attachement secure-autonome (Rho : -0,283; p=.046) et détaché (Rho : 0,293; p=.039).

En résumé, l'ensemble des stratégies d'attachement des femmes déprimées est associé significativement à leurs styles d'attachement interpersonnel craintif et secure. Quant à la dimension anxieuse de l'attachement romantique, elle est liée significativement aux stratégies d'attachement secure-autonome et préoccupé. Cependant, seules les corrélations significatives observées entre les stratégies d'attachement et les styles d'attachement interpersonnel sont spécifiques au groupe déprimé puisque nous ne retrouvons pas ces mêmes résultats au sein du groupe témoin.

Figure 6 : Liens entre les stratégies d'attachement et les styles d'attachement romantique et interpersonnel des femmes déprimées



* cette stratégie n'est pas corrélée à la dimension anxieuse de l'attachement romantique.

7. EVOLUTION DES STYLES D'ATTACHEMENT ROMANTIQUE ET INTERPERSONNEL ET DE LA DEPRESSION AU COURS DE L'HOSPITALISATION

Notre objectif est de déterminer si les styles d'attachement romantique et interpersonnel du groupe déprimé sont stables entre le début (T1) et la fin d'hospitalisation (T2) ou s'ils sont dépendants de l'évolution de leur dépression au cours de cette période.

Pour répondre à cet objectif, nous nous attendons à trois types de résultats :

- *Une stabilité des styles d'attachement romantique et interpersonnel entre le début et la fin d'hospitalisation.*
- *Une diminution de l'intensité dépressive entre le début et la fin d'hospitalisation.*
- *Les styles d'attachement romantique et interpersonnel des femmes ne varient pas en fonction de la diminution de leur dépression au cours de l'hospitalisation.*

7.1 Evolution des styles d'attachement romantique et interpersonnel des femmes déprimées au cours de l'hospitalisation

En ce qui concerne l'évolution des styles d'attachement romantique des femmes déprimées entre le début et la fin d'hospitalisation, nous n'observons aucun changement significatif des styles d'attachement au cours de cette période. D'une part, l'analyse catégorielle montre une très grande stabilité (de 87 à 100%) des différents styles d'attachement romantique (secure, démissionnaire, préoccupé et craintif) entre le début et la fin d'hospitalisation chez les femmes déprimées (cf. Tableau 26).

Tableau 26 : Catégories d'attachement romantique (ECR)- Comparaisons entre T1 (début hospitalisation) et T2 (fin hospitalisation) et fréquence de continuité des catégories entre T1 et T2

Catégories Attachement romantique (ECR) /Temps hospitalisation	T1 (N=50) Fréquences	T2 (N=50) Fréquences	Continuité T1/T2 Fréquences	Significativité Test Mac Némar
Catégorie Secure	4 % (N=2)	8% (N=4)	100%	NS
Catégorie Détachée	14% (N=7)	14% (N=7)	100%	NS
Catégorie Préoccupée	46% (N=23)	42% (N=21)	87%	NS
Catégorie Désorganisée	36 % (N=18)	36% (N=18)	88%	NS

En analyse dimensionnelle, nous observons également une très grande stabilité des scores aux deux dimensions d'attachement romantique chez les femmes déprimées : les scores moyens de chaque dimension de l'attachement romantique sont similaires entre ces deux périodes. En outre, nous n'observons pas de différences significatives pour les dimensions anxieuses ($Z : 0,355$; NS) et évitantes ($Z : 0,166$; NS) de l'attachement romantique entre le début et la fin de l'hospitalisation (cf. Tableau 27).

Tableau 27 : Comparaisons des scores des dimensions de l'attachement romantique entre T1 (début hospitalisation) et T2 (fin hospitalisation).

Dimensions Attachement romantique (ECR) / Temps hospitalisation	T1 (N=50) Moyennes et écart-types	T2 (N=50) Moyennes et écart-types	Test de Wilcoxon Z ; p
Dimension anxieuse – ECR	4.57 (1.19)	4.55 (1.30)	Z : 0,355 ; NS
Dimension évitante – ECR	3.45 (1.46)	3.46 (1.50)	Z : 0,166 ; NS

Ensuite, en ce qui concerne l'évolution des styles d'attachement interpersonnel des femmes déprimées entre le début et la fin d'hospitalisation, nous observons des changements significatifs sur deux styles d'attachement interpersonnel : le style interpersonnel craintif en analyse catégorielle (cf. Tableau 28) et le style interpersonnel secure en analyse dimensionnelle (cf. Tableau 29).

En effet, dans l'analyse catégorielle, nous n'observons pas de différences significatives concernant les styles d'attachement interpersonnel des femmes déprimées entre le début et la fin d'hospitalisation à l'exception de la catégorie craintive qui est significativement moins représentée en fin d'hospitalisation qu'au début de l'hospitalisation (Test de Mac Némar : 7,11; $p=.007$) (cf. Tableau 21). En effet, 60% des femmes déprimées ayant un style interpersonnel craintif au début d'hospitalisation continuent à avoir le même style d'attachement en fin d'hospitalisation; ce qui signifie *a contrario* que 40% des femmes déprimées ayant un style interpersonnel craintif en début d'hospitalisation changent de style d'attachement en fin d'hospitalisation. En revanche, les femmes déprimées ayant un autre style d'attachement interpersonnel en début d'hospitalisation continuent à avoir de manière importante le même style d'attachement interpersonnel en fin d'hospitalisation. Cette continuité est respectivement de l'ordre de 80% pour le style interpersonnel secure, 100% pour le style interpersonnel détaché et de 75% pour le style interpersonnel préoccupé (cf. Tableau 28).

Tableau 28 : Catégories d'attachement interpersonnel (RQ) - Comparaisons entre T1 (début hospitalisation) et T2 (fin hospitalisation) et fréquence de continuité des catégories entre T1 et T2.

Catégories Attachement interpersonnel (RQ) / Temps hospitalisation	T1 (N=50) Fréquences	T2 (N=50) Fréquences	Continuité T1/T2 Fréquences	Significativité Test Mac Némar
Catégorie Secure	20 % (N=10)	32% (N=16)	80%	NS
Catégorie Détachée	8 % (N=4)	12 % (N=6)	100%	NS
Catégorie Préoccupée	24 % (N=12)	26 % (N=13)	75%	NS
Catégorie Craintive	48 % (N=24)	30 % (N=15)	60%	p=.007

Quant à l'analyse dimensionnelle, nous n'observons pas de différences significatives concernant les scores des dimensions d'attachement interpersonnel entre le début et la fin d'hospitalisation à l'exception de la dimension secure ($z : 2, 572$; $p=.010$). Néanmoins, il est à

noter une différence notable pour le style interpersonnel craintif mais cette différence n'est pas significative au seuil $p < .05$. En outre, nous observons en analyse dimensionnelle une certaine stabilité des styles d'attachement interpersonnel insecure (démissionnaire, préoccupé et craintif) chez les femmes déprimées alors que leur style d'attachement interpersonnel secure augmente significativement au cours de l'hospitalisation (cf. Tableau 29).

Tableau 29 : Comparaisons des scores des dimensions de l'attachement romantique entre T1 (début hospitalisation) et T2 (fin hospitalisation).

Dimensions Attachement interpersonnel (RQ)/Temps hospitalisation	T1 (N=50) Moyennes et écart-types	T2 (N=50) Moyennes et écart-types	Test de Wilcoxon Z ; p
Attachement interpersonnel Secure (RQ)	2.82 (1.97)	3.46 (2,10)	$z = -2,572$; $p = .010$
Attachement interpersonnel Démissionnaire (RQ)	2.26 (2,13)	2.26 (2,36)	$z = -0,188$; NS
Attachement interpersonnel Préoccupé (RQ)	3,70 (2.45)	4,04 (1.63)	$z = -1,562$; NS
Attachement interpersonnel Craintif (RQ)	4.50 (2.36)	4,16 (2.30)	$z = -1,867$; $p = .062$

En résumé, les styles d'attachement romantique des femmes déprimées sont stables au cours de l'hospitalisation. En revanche, les styles d'attachement interpersonnel secure et craintif des femmes déprimées au début d'hospitalisation varient significativement au cours de l'hospitalisation dans le sens d'une plus grande sécurité et d'une moins grande désorganisation (liées à la diminution l'attachement craintif) dans la perception des relations interpersonnelles.

7.2 Liens entre l'évolution de la dépression et des styles d'attachement romantique et interpersonnel au cours de l'hospitalisation

Quant à l'évolution de la dépression au cours de l'hospitalisation, nos résultats indiquent que les scores de dépression diminuent significativement entre le début et la fin d'hospitalisation comme le montrent les différences de scores à la BDI ($t : 10,81$; $p=.000$), échelle dépressive auto évaluative, et à la Madrs ($t : 12, 03$; $p=.000$), échelle dépressive hétéro-évaluative (cf. Tableau 30). En outre, la dépression des femmes diminue significativement au cours de l'hospitalisation.

Tableau 30 : Comparaisons des scores de dépression (BDI, Madrs) entre T1 (début hospitalisation) et T2 (fin hospitalisation).

	T1 (N=50) Moyennes et écart-types	T2 (N=50) Moyennes et écart-types	Significativité t de student pour échantillons appariés
Score dépression (BDI)	22,02 (4,55)	12,78 (7,54)	t : 10,81 ; p=.000
Score dépression (Madrs)	33,82 (6,9)	18,88 (11,38)	t : 12, 03 ; p=.000

Afin de montrer les liens entre la dépression et les styles d'attachement romantique et interpersonnel au cours de l'hospitalisation, nous effectuons des corrélations entre l'évolution des styles d'attachement romantique et interpersonnel (différences des scores ECR et RQ : T1-T2) et l'évolution de la dépression (différences des scores BDI et Madrs : T1-T2).

Les résultats indiquent qu'il n'y a pas de corrélations entre l'évolution des styles d'attachement romantique et l'évolution de la dépression. Ces résultats étayent les résultats précédents puisqu'ils montraient une stabilité très forte des styles d'attachement romantique au cours de l'hospitalisation tandis que la dépression diminuait significativement durant cette période. En revanche, nous observons une corrélation significative entre l'évolution de la dépression entre T1 (début hospitalisation) et T2 (fin hospitalisation) et l'évolution de la sécurité d'attachement dans les relations interpersonnelles : ainsi la sécurité d'attachement

augmente quand l'intensité de la sémiologie dépressive baisse, et ceci pour les deux échelles dépressives (BDI → Rho : -0,309; p=.029 / Madrs : Rho : -0,360; p=.005). En outre, nous ne retrouvons pas de corrélations significatives avec la dépression pour les autres styles d'attachement dans les relations interpersonnelles (RQ) au cours de l'hospitalisation (cf. Tableau 31).

Tableau 31 : Liens entre l'évolution de la dépression (T1-T2) et l'évolution des dimensions d'attachement romantique (ECR) et interpersonnel (RQ) entre T1 et T2 (Corrélations Rho de Spearman).

	Evolution dimension Anxiété (ECR)	Evolution dimension évitement (ECR)	Evolution Dimension Secure (RQ)	Evolution Dimension Démissionnaire (RQ)	Evolution Dimension Préoccupé (RQ)	Evolution Dimension Craintive (RQ)
Evolution du score de dépression (Beck)	-.196 (p=.173)	.070 (p=.629)	-.309 (p=.029)	-0,212 (p=.139)	-0,030 (.838)	0,084 (p=.564)
Evolution du score de dépression (Madrs)	-0,080 (p=.578)	-.113 (p=.436)	-.360 (p=.010)	.178 (p=.213)	.006 (p=.966)	.042 (p=.770)

Quant à l'analyse de régression multiple pas à pas, elle montre que parmi l'évolution de l'ensemble des styles d'attachement romantique et interpersonnel entre T1 et T2 (T1-T2), seule l'évolution du style d'attachement interpersonnel secure contribue de manière significative à l'évolution de la dépression. Ce résultat est confirmé quel que soit le type d'évaluation de la dépression, c'est-à-dire qu'elle soit auto-évaluée par le patient lui-même (BDI) ou évaluée par le clinicien-chercheur (Madrs). Aussi, « l'évolution du style d'attachement interpersonnel secure » explique 16,1% de la variance de « l'évolution de la BDI » (R^2 : 0,161; R^2 ajusté : 0,161; $F=9,234$; $p=.004$) (cf. Tableau 32) et 15% de la variance de « l'évolution de la Madrs » (R^2 : 0,150; R^2 ajusté : 0,150; $F=8,465$; $p=.005$).

Tableau 32 : Analyse de régression multiple pas à pas. La contribution de l'évolution des dimensions de l'attachement interpersonnel (variables explicatives) dans l'explication de l'évolution de la dépression (Evolution BDI comme variable expliquée).

N=50 Evolution BDI (T1-T2) ³¹ Dépression (Variable expliquée)	R ²	R ² ajusté	F	P
Evolution de la dimension secure de l'attachement interpersonnel (T1-T2) (Variable explicative)	0,161	0,161	9,234	.004

En résumé, il existe un lien entre l'évolution de la sécurité d'attachement dans les relations interpersonnelles et l'évolution de la dépression. Par ailleurs, seuls les styles d'attachement romantique sont stables et non associés à l'évolution de la dépression au cours de l'hospitalisation.

8. LIENS ENTRE LE NIVEAU DE DEPRESSION EN FIN D'HOSPITALISATION ET LES STRATEGIES, REPRESENTATIONS ET STYLES D'ATTACHEMENT

Notre objectif est de déterminer si les sujets qui ont un niveau de dépression faible ou modéré en fin d'hospitalisation (T2) ont une plus grande sécurité d'attachement (stratégies, représentations, styles romantique et interpersonnel) en début (T1) et en fin d'hospitalisation (T2) que les sujets qui présentent un niveau de dépression sévère.

Nous nous attendons aussi à ce que « l'état d'esprit non résolu » en début d'hospitalisation (T1), marqué par des failles dans les capacités d'élaboration et d'intégration des expériences d'attachement, en début d'hospitalisation (T1) soit moins important chez les

³¹ Quant à « l'évolution de la Madrs » en tant que variable expliquée pour « l'évolution de la dépression », nous retrouvons les mêmes résultats significatifs pour la variable « évolution secure interpersonnel ». Dans ce cas, le poids explicatif de l'évolution secure interpersonnel sur la Madrs est le suivant : 15% (R² : 0,150; R² ajusté : 0,150; F=8,465; p=.005).

sujets qui ont un niveau de dépression faible ou modéré en fin d'hospitalisation (T2) que chez les sujets qui présentent un niveau de dépression sévère.

8.1 Liens entre le niveau de dépression des femmes et les styles d'attachement romantique et interpersonnel en fin d'hospitalisation (T2)

Nos résultats indiquent que le niveau de dépression à T2 n'est pas associé aux dimensions de l'attachement romantique à T2. En effet, nous n'observons pas de différences significatives (NS) entre les groupes « *dépression faible* » (DF) et « *dépression modérée* » (DM) et le groupe « *dépression sévère* » (DS) en ce qui concerne les dimensions de l'attachement romantique (évitante et anxieuse) évaluées en fin d'hospitalisation (T2) (cf. Tableau 33).

En revanche, le niveau de dépression à T2 est lié aux dimensions secure et craintives de l'attachement interpersonnel à T2. D'une part, les scores aux styles d'attachement interpersonnel secure à T2 sont significativement plus importants dans les groupes « *dépression faible* » (DF) (4,69 *versus* 2,25; Z : -3,134, p=.001) et « *dépression modérée* » (DM) (4,46 *versus* 2,25; Z : -2,991; p=.003) que dans le groupe « *dépression sévère* » (DS). Quant aux scores des styles d'attachement interpersonnel craintif à T2, ils sont significativement moins importants dans le groupe « *dépression faible* » (A) (2,15 *versus* 5,04; Z : -3,277, p=.001) que dans le groupe « *dépression sévère* » (NA) (cf. Tableau 33).

Tableau 33 : Dimensions d'attachement romantique et interpersonnel en fin d'hospitalisation (ECR et RQ-T2) - comparaisons entre les groupes, « dépression faible » (DF) (Madr_s ≤ 10), « dépression modérée » (DM) (10 < Madr_s ≤ 15 à T2) et « dépression sévère » (DS) (Madr_s ≥ 16 à T2).

ECR-RQ à T2- Dimensions attachement romantique et interpersonnel	Groupe DF (N=13) (Madr _s ≤ 10 à T2) Moyennes et Ecart-types	Groupe DM (N=13) (10 < Madr _s ≤ 15) Moyennes et Ecart-types	Groupe DS (N=24) (Madr _s ≥ 16 à T2) Moyennes et Ecart-types	Significativité Test U Man Whitney
Dimension évitante Attachement romantique (ECR)	3,07 (1,80)	3,73 (1,56)	3,53 (1,31)	DF/DS : Z=-1,432 p=.152 DM/DS : Z=-0,625 p=.079
Dimension anxieuse Attachement romantique (ECR)	4,16(1,30)	4,46 (1,30)	4,81(1,19)	DF/DS : Z=-1,416 p=.157 DM/DS : Z=-0,589 p=.228
Style interpersonnel Secure (RQ)	4,69 (1,60)	4,46 (1,33)	2,25 (2,04)	DF/DS : Z=-3,134 p=.001 DM/DS : Z=2,991 p=.003
Style interpersonnel Démisionnaire (RQ)	2,23 (2,49)	2,38 (2,47)	2,21(2,34)	DF/DS : Z=-0,064 p=.949 DM/DS : Z=-0,127 p=.899
Style interpersonnel Préoccupé (RQ)	3,62 (2,18)	3,62 (2,60)	4,50 (1,93)	DF/DS : Z=-1,193 p=.233 DM/DS : Z=-0,986 p=.324
Style interpersonnel Craintif (RQ)	2,15 (1,77)	4,54 (1,66)	5,04 (2,40)	DF/DS : Z=-3,277 p=.001 DM/DS : Z=-1,098 P=.272

Figure 7: Liens entre les styles d'attachement romantique et interpersonnel et le niveau de dépression des femmes en fin d'hospitalisation (T2)

<p><u>Niveau de dépression faible</u></p> <p><u>(DF)* T2 :</u></p> <p>-Style interpersonnel</p> <p>Secure (+) (RQ-T2)</p> <p>-Style interpersonnel</p> <p>crainitif (-) (RQ-T2)</p>	<p><u>Niveau de dépression modéré</u></p> <p><u>(DM)** T2:</u></p> <p>-Style interpersonnel</p> <p>Secure (+) (RQ-T2)</p>
---	---

*DF : (Madr_s ≤ 10 à T2) ; **DM (10 < Madr_s ≤ 15 à T2)

8.2 Liens entre les stratégies et représentations d'attachement (Ca-mir) au début d'hospitalisation (T1) et le niveau de dépression en fin d'hospitalisation (T2)

En ce qui concerne les stratégies d'attachement évaluées en début d'hospitalisation (T1), nous n'observons aucune différence significative entre d'une part, les groupes « dépression faible » (DF) et « dépression modérée » (DM), et d'autre part, le groupe « dépression sévère » (DS) en fin d'hospitalisation (T2) (cf. Tableau 34).

Tableau 34 : Scores aux différentes stratégies d'attachement en début d'hospitalisation (prototypes Ca-mir-T1) - comparaisons entre les groupes, « dépression faible » (DF) (Madr_s ≤ 10), « dépression modérée » (DM) (10 < Madr_s ≤ 15 à T2) et « dépression sévère » (DS) (Madr_s ≥ 16 à T2).

Ca-mir- T1- Stratégies d'attachement Dimensionnel	Groupe DF (N=13) (Madr _s ≤ 10 à T2) Moyennes et Ecart-types	Groupe DM (N=13) (10 < Madr _s ≤ 15) Moyennes et Ecart-types	Groupe DS (N=24) (Madr _s ≥ 16 à T2) Moyennes et Ecart-types	Significativité Test U Man Whitney
Stratégie Secure- autonome	41,38 (13,81)	42,03 (12,94)	36,85 (13,07)	DF/DS : Z=0,652 p=.258 DM/DS : Z=-1,177 p=.120
Stratégie Détachée	48,93 (9,08)	49,53 (10,21)	51,93 (10,58)	DF/DS : Z=-0,620 p=.266 DM/DS : Z=-0,859 P=.195
Stratégie Préoccupée	59,43 (10,47)	60,48 (7,72)	61,93 (9,61)	DF/DS : Z=-0,732 p=.230 DM/DS : Z=-0,605 P=.270

En ce qui concerne l'ensemble des expériences d'attachement selon leur niveau de réalité (passé, présent, état d'esprit), deux types de représentations d'attachement en début d'hospitalisation (T1) sont associés au niveau de dépression des femmes en fin d'hospitalisation (T2) : *l'état d'esprit préoccupé* et *l'état d'esprit non résolu*. Ces représentations d'attachement liées significativement au niveau de dépression des femmes sont relatives à l'élaboration et à la généralisation des expériences d'attachement (état d'esprit) plutôt qu'au contenu de ces expériences (passées et présentes) (cf. Tableau 35).

En effet, *l'état d'esprit non résolu* évalué à T1 est moins représenté dans le groupe « *dépression faible* » (DF) que dans le groupe « *dépression sévère* » (DS) à T2 (2,69 versus 3,18; Z : -1,766, p=.039). Quant à l'état d'esprit préoccupé évalué à T1, il est moins représenté dans le groupe « *dépression modérée* » (DM) que dans le groupe « *dépression sévère* » (DS) (2,91 versus 3,46; Z : -1,940; p=.026). En revanche, nous n'observons aucune différence significative entre les différents groupes en ce qui concerne les autres représentations d'expériences d'attachement (NS) (cf. Tableau 35).

Tableau 35 : Scores aux représentations d'expériences d'attachement en début d'hospitalisation (13 échelles Ca-mir-T1) - comparaisons entre les groupes, « dépression faible » (DF) ($Madr\leq 10$), « dépression modérée » (DM) ($10 < Madr\leq 15$ à T2) et « dépression sévère » (DS) ($Madr\geq 16$ à T2).

Echelles Ca-mir T1- Type d'expériences d'attachement	Niveau de réalité	Groupe DF (N=13) ($Madr\leq 10$ à T2) Moyennes et Ecarts-types	Groupe DM (N=13) ($10 < Madr\leq 15$) Moyennes et Ecarts-types	Groupe DS (N=24) ($Madr\geq 16$ à T2) Moyennes et Ecarts-types	Significativité Test U Man Whitney
Préoccupation	Passé*	3,10 (0,77)	3,05 (0,73)	3,23 (0,86)	DF/DS : Z : -0,477 p=.317 DM/DS : Z : 0,636 p=.263
	Présent**	3,38 (0,80)	3,65 (0,75)	3,68 (0,73)	DF/DS : Z : -1,082 p=.190 DM/DS : Z : -0,095 p=.462
	Etat d'esprit***	3,33 (0,83)	2,91 (0,84)	3,46 (0,84)	DF/DS : Z : -0,509 p=.306 DM/DS : Z = -1,940 p=.026
Sécurité-autonomie	Passé*	2,92 (1,24)	3,12 (0,93)	2,78 (1,06)	DF/DS : Z : 0,239 p=.406 DM/DS : Z = 1,034 p=.151
	Présent**	3,49 (0,57)	2,76 (0,82)	2,94 (1,02)	DF/DS : Z : 1,638 p=.051 DM/DS : Z = -0,477 p=.317
	Etat d'esprit***	3,44 (0,90)	3,21 (0,82)	3,24 (1,03)	DF/DS : Z : 0,541 p=.295 DM/DS : Z = -0,143 p=.443
Détachement	Passé*	2,92 (1,24)	2,87 (1,02)	3,15 (0,99)	DF/DS : Z : -0,795 p=.213 DM/DS : Z = 0,795 p=.213
	Présent**	3,56 (0,69)	3,33 (0,79)	3,47 (0,72)	DF/DS : Z : 0,445 p=.328 DM/DS : Z = -0,525 p=.300
Non résolution	Passé*	2,65 (1,17)	2,56 (1,31)	2,93 (1,32)	DF/DS : Z : -0,604 p=.273 DM/DS : Z = 0,875 p=.191
	Etat d'esprit***	2,69 (0,67)	3,31 (1,13)	3,18 (0,81)	DF/DS : Z = -1,766 p=.039 DM/DS : Z = 0,223 p=.412
Structuration du milieu familial	Passé*	2,19 (0,54)	2,27 (0,93)	2,16 (0,54)	DF/DS : Z = 0,207 p=.418 DM/DS : Z = 0,111 p=.456
	Etat d'esprit***	4,23 (0,43)	4,37 (0,44)	4,38 (0,51)	DF/DS : Z : -1,018 p=.154 DM/DS : Z = -0,239 p=.406

* représentation des relations infantiles avec les parents; ** représentation des relations dans la famille actuelle; *** appréciations, élaborations et généralisations actuelles des relations infantiles avec les parents.

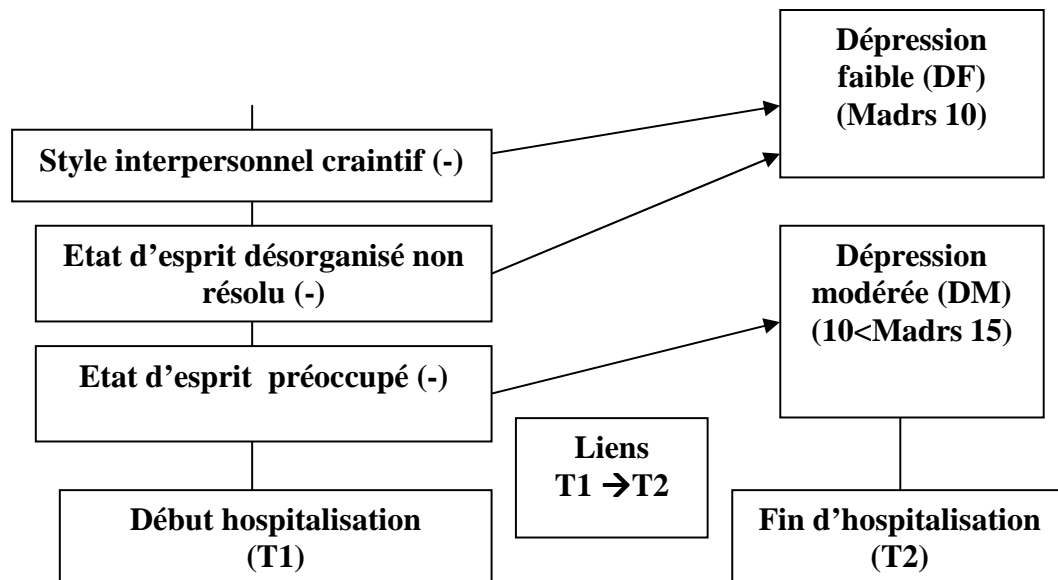
8.3 Liens entre les styles d'attachement romantique et interpersonnel au début d'hospitalisation (T1) et le niveau de dépression en fin d'hospitalisation

En ce qui concerne les liens entre le niveau de dépression des femmes en fin d'hospitalisation (T2) et les dimensions d'attachement romantique et interpersonnel en début d'hospitalisation (T1), nous observons des différences significatives uniquement pour le style d'attachement interpersonnel craintif. En effet, les scores au style d'attachement interpersonnel craintif à T1 sont significativement moins élevés au sein du groupe «*dépression faible*» (DF) qu'au sein du groupe «*dépression sévère*» (DS) à T2 (2,85 versus 5,08; $p=.006$). En revanche, nous n'observons aucune différence significative entre les différents groupes pour les autres dimensions de l'attachement interpersonnel et les dimensions de l'attachement romantique (cf. Tableau 36).

Tableau 36 : Dimensions d'attachement romantique et interpersonnel en début d'hospitalisation (ECR et RQ-T1)- comparaisons entre les groupes, « dépression faible »(DF) ($Madr\leq 10$), « dépression modérée» (DM) ($10 < Madr\leq 15$ à T2) et « dépression sévère »(DS) ($Madr\geq 16$ à T2).

ECR-RQ à T1 Dimensions attachement romantique et interpersonnel	Groupe DF (N=13) ($Madr\leq 10$ à T2) Moyennes et Ecart-types	Groupe DM (N=13) ($10 < Madr\leq 15$) Moyennes et Ecart-types	Groupe DS (N=24) ($Madr\geq 16$ à T2) Moyennes et Ecart-types	Significativité Test U Man Whitney
Dimension évitante Attachement romantique (ECR)	2,99 (1,70)	3,89 (1,45)	3,47 (1,32)	DF/DS : Z=-1,400 p=.081 DM/DS : Z=-0,827 P=.203
Dimension anxieuse Attachement romantique (ECR)	4,54 (1,31)	4,53 (1,18)	4,61(1,17)	DF/DS : Z=-0,286 p=.385 DM/DS : Z=-0,080 P=.468
Style interpersonnel Secure (RQ)	3,46 (1,71)	3 (1,96)	2,38 (2,10)	DF/DS : Z=-1,463 p=.072 DM/DS : Z=-0,859 P=.195
Style interpersonnel Démisionnaire (RQ)	2 (2,27)	2,46 (2,33)	2,29 (2,01)	DF/DS : Z=-0,589 p=.278 DM/DS : Z=-0,048 P=.481
Style interpersonnel Préoccupé (RQ)	3,23 (2,42)	3,62 (2,69)	4 (2,47)	DF/DS : Z=-1,002 p=.158 DM/DS : Z=-0,445 P=.328
Style interpersonnel Craintif (RQ)	2,85 (2,48)	5,08 (1,89)	5,08 (2,38)	DF/DS : Z=-2,529 p=.006 DM/DS : Z=-0,239 P=.406

Figure 8 : Liens entre les différents attachements (stratégies, représentations d'expériences et styles interpersonnels et romantiques) au début d'hospitalisation (T1) et le niveau de dépression des femmes en fin d'hospitalisation (T2)



9. CARACTERISTIQUES PSYCHOPATHOLOGIQUES ET CLINIQUES ASSOCIEES A LA DEPRESSION ET ATTACHEMENT

Dans cette partie, nous exposons les résultats portant sur les liens entre l'attachement (stratégies, représentations d'expériences, styles amoureux et interpersonnels) et les différentes caractéristiques cliniques et psychopathologiques des sujets déprimés. Ces résultats sont présentés selon l'ordre suivant :

- ➔ **Antécédent(s) dépressif(s) et Attachement**
- ➔ **Tentative de suicide et Attachement**
- ➔ **Présence d'un trouble de la personnalité et Attachement**
- ➔ **Troubles de la personnalité associées à la Dépression et Attachement**

9.1 Liens entre les stratégies, les représentations, les styles d'attachement et la présence d'antécédent(s) dépressif(s)

Nous avons cherché à savoir ici si les femmes déprimées avec des antécédents dépressifs se distinguaient des femmes déprimées sans antécédents dépressifs du point de vue de leurs stratégies, représentations et styles d'attachement (romantique et interpersonnel). Pour chaque niveau d'attachement, nous présentons à chaque fois les résultats catégoriels puis dimensionnels.

9.1.1 Stratégies, représentations d'expériences d'attachement et antécédent(s) dépressif(s)

Les résultats de l'analyse catégorielle indiquent que les sujets ayant déjà vécu au moins un épisode dépressif ont une stratégie d'attachement plus fréquemment préoccupée que les sujets souffrant de leur premier épisode dépressif (76% versus 44%; $p=.026$). Nous n'observons pas de résultats significatifs entre les deux groupes pour les autres stratégies d'attachement (cf. Tableau 37).

Tableau 37: Fréquence (%) des stratégies d'attachement (prototypes Ca-mir) - comparaisons entre les groupes « antécédent(s) dépressif(s) » et « premier épisode dépressif » (analyse catégorielle).

Stratégies d'attachement (Ca-mir)	Groupe « antécédent(s) dépressif(s) » (N=34) Fréquences	Groupe « premier épisode dépressif (N=16) Fréquences	Significativité Chi ² (Yates)
Stratégie Secure-autonome	15% (N=5)	31% (N=5)	P=.163
Stratégie Détachée	9% (N=3)	25% (N=4)	P=.136
Stratégie Préoccupée	76% (N=26)	44% (N=7)	P=.026

Quant à l'analyse dimensionnelle des stratégies d'attachement, elle conforte les résultats de l'analyse catégorielle. Les femmes ayant déjà au moins un antécédent d'épisode dépressif utilisent des stratégies d'attachement plus préoccupées que les femmes présentant un premier épisode dépressif (50,53 *versus* 46,22; $p=.013$). En revanche, nous n'observons pas de différences significatives entre les deux groupes pour les autres stratégies d'attachement (cf. Tableau 38).

Tableau 38 : Scores aux stratégies d'attachement (prototypes Ca-mir) - comparaisons entre les groupes « antécédent(s) dépressif(s) » et « premier épisode dépressif (analyse dimensionnelle).

Stratégies d'attachement (Ca-mir)	Groupe « antécédent(s) dépressif(s) » (N=34) Moyennes et écarts-types	Groupe « premier épisode dépressif » (N=16) Moyennes et écarts-types	Significativité Test U Man Whitney
Stratégie Secure-autonome	37,18 (12,45)	44,04 (13,90)	Z : -1,435 ; $p=.076$
Stratégie Détachée	51,24 (9,28)	49,02 (11,58)	Z : 0,562 ; $p=.287$
Stratégie Préoccupée	63,03 (8,98)	56,38 (8,44)	Z : 2,309 ; $p=.011$

Quant aux différentes représentations d'expériences (passées, présentes, état d'esprit - échelles Ca-mir) issues des stratégies d'attachement (prototypes Ca-mir), nous notons une différence significative sur la « sécurité-autonomie passée » entre les femmes qui ont au moins un antécédent dépressif et les femmes qui souffrent d'un premier épisode dépressif majeur. En effet, la sécurité autonomie passée est moins présente dans le groupe « avec antécédent(s) dépressif(s) » que dans le groupe « premier épisode dépressif » (2,75 *versus* 3,24; Z : -1,757; $p=.039$) (cf. Tableau 39).

Tableau 39: Scores aux représentations d'expériences d'attachement (échelles Ca-mir) - comparaisons entre les groupes « antécédent(s) dépressif(s) » et « premier épisode dépressif (analyse dimensionnelle).

Type d'expériences d'attachement (Ca-mir)	Niveau de réalité	Groupe « antécédent(s) dépressif(s) » (N=34) Moyennes et écarts-types	Groupe « premier épisode dépressif » (N=16) Moyennes et écarts-types	Significativité Test U Man Whitney
Préoccupation	Passé	3,26 (0,81)	2,92 (0,74)	Z : 1,497 ; p=.067
	Présent	3,63 (0,76)	3,52 (0,75)	Z : 0,541; p=.293
	Etat d'esprit	3,39 (0,86)	3,07 (0,82)	Z : 1,331; p=.092
Sécurité-autonomie	Passé	2,75 (1,04)	3,24 (1,07)	Z : -1,757 ; p=.039
	Présent	2,90 (0,88)	3,32 (0,89)	Z : -1,581; p=.057
	Etat d'esprit	3,20 (0,90)	3,45 (1,02)	Z : -0,967 ; p=.167
Détachement	Passé	3,10 (0,95)	2,84 (1,11)	Z : 0,863; p=.194
	Présent	3,46 (0,73)	3,46 (0,73)	Z : 0,073; p=.471
	Etat d'esprit	3,13 (1,08)	2,76 (1,15)	Z : 1,393 ; p=.082
Non résolution	Passé	2,90 (1,21)	2,48 (1,39)	Z : 1,050 ; p=.147
	Etat d'esprit	3,04 (0,88)	3,19 (0,94)	Z : -0,281 ; p=.390
Structuration du milieu familial	Passé	2,20 (0,55)	2,20 (0,84)	Z : 0,520 ; p=.302
	Etat d'esprit	4,36 (0,50)	4,31 (0,44)	Z : -0,489 ; p=.313

9.1.2 Styles d'attachement romantique et antécédent(s) dépressif(s)

En ce qui concerne l'analyse catégorielle des styles d'attachement romantique, nous n'observons pas de différences significatives pour l'ensemble des styles d'attachement romantique entre les femmes présentant au moins un antécédent dépressif et les femmes souffrant de leur premier épisode dépressif (NS) (cf. Annexe 8, Tableau 47).

A l'instar de l'analyse catégorielle, les résultats ne montrent pas de différences significatives entre les groupes «antécédent(s) dépressif(s) » et « premier épisode dépressif »

pour l'ensemble des deux dimensions de l'attachement romantique, les dimensions évitantes et anxieuses (NS) (cf. Annexe 8, Tableau 48).

9.1.3 Styles d'attachement interpersonnel et antécédent(s) dépressif(s)

Concernant l'analyse catégorielle des styles d'attachement interpersonnel, les résultats n'indiquent pas de différences significatives entre les groupes « *antécédent(s) dépressif(s)* » et « *premier épisode dépressif majeur* » pour l'ensemble des styles d'attachement interpersonnel (NS) (cf. Annexe 8, Tableau 49).

Les résultats de l'analyse dimensionnelle des styles d'attachement interpersonnel confirment les résultats issus de l'analyse catégorielle. En effet, nous n'observons pas de différences significatives pour l'ensemble des dimensions d'attachement interpersonnel entre les femmes qui ont précédemment fait au moins un épisode dépressif et les femmes qui souffrent de leur premier épisode dépressif majeur (NS) (cf. Annexe 8, Tableau 50).

9.2 Liens entre les stratégies, les représentations, les styles d'attachement et la tentative de suicide chez les femmes déprimées.

Nous avons souhaité savoir ici si les femmes déprimées ayant fait une tentative de suicide se distinguaient des femmes déprimées n'ayant pas fait de passage à l'acte suicidaire sur les différents niveaux d'attachement (stratégies, représentations et styles romantiques et interpersonnels).

9.2.1 Stratégies et représentations d'expériences d'attachement chez les femmes déprimées ayant fait une tentative de suicide

En ce qui concerne l'analyse catégorielle des stratégies d'attachement, nous n'observons pas de différences significatives entre les femmes déprimées ayant fait une tentative de suicide et les femmes déprimées n'ayant pas commis de passage à l'acte suicidaire (NS) (cf. Annexe 8, Tableau 51).

Contrairement aux résultats de l'analyse catégorielle, nous observons une différence significative pour la stratégie préoccupée entre les groupes « *tentative de suicide* » et « *absence de tentative de suicide* ». En effet, les femmes déprimées ayant fait une tentative de suicide utilisent des stratégies d'attachement davantage préoccupées (63,33 versus 58,28) que les femmes déprimées qui n'ont pas fait de tentative de suicide ($Z : -2,010$; $p=.022$). Il est à noter néanmoins une différence de moyennes sur la stratégie secure autonome, nettement plus représentée dans le groupe « *absence de tentative de suicide* » que dans le groupe « *tentative de suicide* », mais cette différence n'est pas significative au seuil $p<.05$ (cf. Tableau 40).

Tableau 40 : Scores aux stratégies d'attachement (prototypes Ca-mir) - comparaisons entre les groupes « tentative de suicide » et « absence de tentative de suicide » (analyse dimensionnelle).

Stratégies d'attachement (Ca-mir)	Groupe « tentative de suicide » (N=26) Moyennes et écarts-types	Groupe « absence tentative de suicide » (N=24) Moyennes et écarts-types	Significativité Test U Man Whitney
Stratégie Secure-autonome	36,06 (13,34)	42,96 (12,30)	$Z : 1,631$; $p=.052$
Stratégie Détachée	51,72 (11,34)	49,23 (8,37)	$Z : -1,175$; $p=.120$
Stratégie Préoccupée	63,33 (8,93)	58,28 (9,08)	$Z : -2,010$; $p=.022$

Quant aux différentes représentations des expériences d'attachement (échelles Ca-mir), nous observons des différences significatives entre les femmes déprimées ayant fait ou n'ayant pas fait une tentative de suicide sur deux expériences : « *l'état d'esprit détaché* » et la « *non résolution passée* ». En effet, les femmes déprimées ayant fait un passage à l'acte suicidaire présentent davantage un *état d'esprit détaché* (3,30 versus 2,70; $Z : -1,719$; $p=.043$) et une *non résolution passée* (3,07 versus 2,43; $Z : -1,816$; $p=.035$) (cf. Tableau 41).

Tableau 41: Scores aux représentations d'expériences d'attachement (échelles Ca-mir) – comparaisons entre les groupes « tentative de suicide » et « absence de tentative de suicide ».

Type d'expériences d'attachement (Ca-mir)	Niveau de réalité	Groupe « tentative de suicide » (N=26) Moyennes et écarts-types	Groupe « absence tentative de suicide » (N=24) Moyennes et écarts-types	Significativité Test U Man Whitney
Préoccupation	Passé	3,32 (0,80)	2,97 (0,76)	Z : -1,515 ; p=.065
	Présent	3,67 (0,82)	3,52 (0,68)	Z : -0,913; p=.181
	Etat d'esprit	3,49 (0,85)	3,06 (0,82)	Z : -1,592; p=.056
Sécurité-autonomie	Passé	2,72 (1,12)	3,11 (0,99)	Z : 1,214 ; p=.113
	Présent	2,95 (0,94)	3,13 (0,86)	Z : 0,689; p=.246
	Etat d'esprit	3,21 (0,97)	3,36 (0,91)	Z : 0,592 ; p=.277
Détachement	Passé	3,19 (1,03)	2,84 (0,95)	Z : -1,204; p=.115
	Présent	3,56 (0,70)	3,35 (0,75)	Z : -0,990; p=.161
	Etat d'esprit	3,30 (1,07)	2,70 (1,07)	Z : -1,719; p=.043
Non résolution	Passé	3,07 (1,34)	2,43 (1,12)	Z : -1,816; p=.035
	Etat d'esprit	3,09 (1,03)	3,08 (0,73)	Z : -0,184 ; p=.427
Structuration du milieu familial	Passé	2,23 (0,72)	1,16 (0,58)	Z : -0,418 ; p=.338
	Etat d'esprit	4,33 (0,49)	4,35 (0,47)	Z : -0,049 ; p=.481

9.2.2 Styles d'attachement romantique chez les femmes déprimées ayant fait une tentative de suicide

Concernant l'analyse catégorielle des styles d'attachement romantique, nous n'observons pas de différences significatives pour l'ensemble des styles d'attachement entre les femmes déprimées qui ont fait une tentative de suicide et les femmes déprimées qui n'ont pas fait de passage à l'acte suicidaire (NS) (cf. Annexe 8, Tableau 52).

A l'instar de l'analyse catégorielle, les résultats ne montrent pas de différences significatives entre les groupes « tentative de suicide » et « absence de tentative de suicide »

pour l'ensemble des deux dimensions de l'attachement romantique, les dimensions évitantes et anxieuses (NS) (cf. Annexe 8, Tableau 53).

9.2.3 Styles d'attachement interpersonnel chez les femmes déprimées ayant fait une tentative de suicide

Concernant l'analyse catégorielle des styles d'attachement interpersonnel, les résultats n'indiquent pas de différences significatives entre les groupes «*tentative de suicide*» et «*absence de tentative de suicide*» pour l'ensemble des styles d'attachement interpersonnel (NS) (cf. Annexe 8, Tableau 54).

Les résultats de l'analyse dimensionnelle des styles d'attachement interpersonnel confirment les résultats issus de l'analyse catégorielle. En effet, nous n'observons pas de différences significatives pour l'ensemble des dimensions d'attachement interpersonnel entre les femmes qui ont fait une tentative de suicide et les femmes qui n'ont pas fait de passage à l'acte suicidaire (NS) (cf. Annexe 8, Tableau 55).

9.3 Liens entre les troubles de la personnalité associés à la dépression et les dimensions de l'attachement

Nous exposons l'ensemble des résultats portant sur les liens entre les troubles de la personnalité (Axe II DSM IV) des sujets déprimés et les différents niveaux d'attachement dans l'ordre suivant : stratégies, représentations et styles d'attachement (romantique et interpersonnel).

9.3.1 Stratégies et représentations d'expériences d'attachement chez les femmes déprimées ayant un trouble de la personnalité

En ce qui concerne l'analyse catégorielle des stratégies d'attachement, nous n'observons pas de différences significatives entre les femmes déprimées ayant un trouble de

la personnalité et les femmes déprimées ne présentant pas de troubles de la personnalité (NS) (cf. Annexe 8, Tableau 56).

Contrairement aux résultats de l'analyse catégorielle, nous observons une différence significative pour la stratégie d'attachement secure-autonome entre les femmes déprimées ayant un trouble de la personnalité et les femmes déprimées ne présentant pas un trouble de la personnalité. En effet, les femmes déprimées ayant un trouble de la personnalité utilisent de manière moins importante la stratégie secure-autonome (35,51 versus 42,17) que les femmes déprimées qui ne présentent pas de troubles de la personnalité ($Z : 1,720$; $p=.043$). (cf. Tableau 35).

Tableau 42: Scores aux stratégies d'attachement (prototypes Ca-mir) - comparaisons entre les groupes « présence d'un trouble de la personnalité » et « absence d'un trouble de la personnalité » (analyse dimensionnelle).

Stratégies d'attachement (Ca-mir)	Groupe « trouble de la personnalité » (N=21) Moyennes et écarts-types	Groupe « absence d'un trouble de la personnalité » (N=29) Moyennes et écarts-types	Significativité Test U Man Whitney
Stratégie Secure-autonome	35,51 (13,09)	42,17 (12,76)	Z : 1,720 ; p=.043
Stratégie Détachée	52,35 (10,19)	49,21 (9,84)	Z : -0,934 ; p=.175
Stratégie Préoccupée	63,73 (7,77)	58,86 (9,85)	Z : -1,553 ; p=.060

Concernant les différentes représentations des expériences d'attachement (échelles Ca-mir), nous n'observons pas de différences significatives entre les femmes déprimées ayant un trouble de la personnalité et les femmes déprimées ne présentant pas de troubles de la personnalité (NS) (cf. Annexe 8, Tableau 57).

9.3.2 Styles d'attachement romantique chez les femmes déprimées ayant un trouble de la personnalité

Concernant l'analyse catégorielle des styles d'attachement romantique, nous n'observons pas de différences significatives pour l'ensemble des styles d'attachement entre les femmes déprimées qui ont un trouble de la personnalité et les femmes déprimées qui ne présentent pas de trouble de la personnalité (NS) (cf. Annexe 8, Tableau 58).

Contrairement à l'analyse catégorielle, les résultats de l'analyse dimensionnelle montrent des différences significatives entre les femmes déprimées qui ont un trouble de la personnalité et les femmes déprimées qui ne présentent pas de troubles de la personnalité pour les deux dimensions de l'attachement romantique, les dimensions évitantes et anxieuses. Aussi, les dimensions évitantes (3,68 *versus* 3,15; $Z : -1,966$; $p = .025$) et anxieuses (4,87 *versus* 4,36; $Z : -1,388$; $p = .041$) de l'attachement romantique sont plus représentées chez les femmes déprimées qui ont un trouble de la personnalité que chez les femmes déprimées qui ne présentent pas de troubles de la personnalité (cf. Tableau 43).

Tableau 43 : Scores aux dimensions d'attachement romantique (ECR) - comparaisons entre les groupes « présence d'un trouble de la personnalité » et « absence d'un trouble de la personnalité » (analyse dimensionnelle).

Dimensions d'attachement romantique (ECR)	Groupe « trouble de la personnalité » (N=21) Moyennes et écarts-types	Groupe « absence trouble de la personnalité » (N=29) Moyennes et écarts-types	Significativité Test U Man Whitney
Dimension évitante	3,68 (1,41)	3,15 (1,46)	Z : -1,966 ; p=.025
Dimension anxieuse	4,87(1,14)	4,36 (1,22)	Z : -1,388 ; p=.041

9.3.3 Styles d'attachement interpersonnel chez les femmes déprimées ayant un trouble de la personnalité

Concernant l'analyse catégorielle des styles d'attachement interpersonnel, nous observons des différences significatives entre les groupes «*présence d'un trouble de la personnalité*» et «*absence d'un trouble de la personnalité*» pour les styles d'attachement interpersonnel secure et préoccupé (NS) (cf. Tableau 48). En effet, les femmes déprimées présentant un trouble de la personnalité sont moins fréquemment secure (5% versus 31%; $p=.027$) et davantage préoccupées (38% versus 15%; $p=.049$) dans les relations interpersonnelles que les femmes déprimées qui n'ont pas de troubles de la personnalité (cf. Tableau 44).

Tableau 44 : Fréquence (%) des styles d'attachement interpersonnel (RQ) - comparaisons entre les groupes «présence d'un trouble de la personnalité» et «absence d'un trouble de la personnalité» (analyse catégorielle).

Catégories d'attachement interpersonnel (RQ)	Groupe « trouble de la personnalité » (N=21) Fréquences	Groupe « absence d'un trouble de la personnalité » (N=29) Fréquences	Significativité Chi ² (Yates)
Style Secure	5% (N=1)	31% (N=9)	P=.027
Style Démissionnaire	5% (N=1)	10% (N=3)	P=.425
Style Préoccupé	38% (N=8)	14% (N=4)	P=.049
Style craintif	52% (N=11)	45% (N=13)	P=.405

Les résultats de l'analyse dimensionnelle des styles d'attachement interpersonnel confirment les résultats issus de l'analyse catégorielle en ce qui concerne le style d'attachement interpersonnel préoccupé. En effet, les femmes déprimées ayant un trouble de la personnalité sont davantage préoccupées (38% versus 15%; $p=.049$) dans les relations interpersonnelles que les femmes déprimées qui n'ont pas de troubles de la personnalité. En revanche, nous n'observons pas de différences significatives entre les deux groupes pour

l'ensemble des autres dimensions d'attachement interpersonnel : secure, démissionnaire et craintif (NS) (cf. Tableau 45).

Tableau 45 : Scores aux dimensions d'attachement interpersonnel (RQ) - comparaisons entre les groupes «présence d'un trouble de la personnalité» et «absence d'un trouble de la personnalité» (analyse dimensionnelle).

Dimensions d'attachement interpersonnel (RQ)	Groupe « trouble de la personnalité » (N=21) Moyennes et écarts-types	Groupe « absence trouble de la personnalité (N=29) Moyennes et écarts-types	Significativité Test U Man Whitney
Dimension secure	2,48 (1,81)	3,07 (2,10)	Z : 1,012 ; p=.156
Dimension démissionnaire	1,81 (1,75)	2,59 (2,34)	Z : 1,091 ; p=.138
Dimension préoccupée	4,90 (2,51)	2,83 (2,11)	Z : -3,057 ; p=.001
Dimension craintive	4,81 (2,40)	4,28 (2,51)	Z : -0,826 ; p=.205

9.4 Liens entre les stratégies, les représentations, les styles d'attachement et les différents troubles de la personnalité des femmes déprimées

Nous présentons les différents résultats portant sur les liens entre les troubles de la personnalité spécifiques retrouvés chez les sujets déprimés et les différents niveaux d'attachement suivants : stratégies, représentations et styles d'attachement (romantique et interpersonnel).

9.4.1 Liens entre les stratégies, les représentations d'expériences d'attachement et les différents troubles de la personnalité des femmes déprimées

Nous n'observons pas de différences significatives (test Anova à un facteur catégoriel) entre les différents troubles de la personnalité (évitante, dépendante et borderline) pour l'ensemble des stratégies d'attachement (secure-autonome, détachée, préoccupée) des femmes déprimées (NS) (cf. Annexe 8, Tableau 59).

En ce qui concerne plus précisément les différents niveaux de réalité des expériences (passées, présentes, état d'esprit) (échelles Ca-mir) issues des stratégies d'attachement, nos résultats n'indiquent pas non plus de différences significatives entre les différents troubles de la personnalité (évitante, dépendante, borderline) sur l'intégralité des différentes représentations d'attachement des femmes déprimées (NS) (cf. Annexe 8, Tableau 60).

9.4.2 Liens entre les styles d'attachement romantique et interpersonnel et les différents troubles de la personnalité des femmes déprimées

Sur l'ensemble des styles d'attachement romantique et interpersonnel, nos résultats (effet général - test Anova à un facteur catégoriel) indiquent une différence significative entre les différents troubles de la personnalité (évitante, dépendante et borderline) uniquement pour le style interpersonnel craintif ($F : 4,407; p=.029$) (cf. Tableau 46).

Tableau 46 : Scores aux dimensions d'attachement romantique (ECR) et interpersonnel (RQ) - comparaisons entre les groupes « personnalité évitante », « personnalité dépendante » et « personnalité borderline (Anova à un facteur catégoriel).

Dimensions d'attachement romantique (ECR) et interpersonnel (RQ)	Groupe personnalité évitante (N=9) Moyennes et écart-types	Groupe personnalité dépendante (N=5) Moyennes et écart-types	Groupe personnalité borderline (N=6) Moyennes et écart-types	F (2,17)	P
Dimension évitante (ECR)	4,02 (1,49)	4,25 (1,04)	3,60 (1,84)	0,271	.766
Dimension anxieuse (ECR)	5,08 (1,27)	4 (1,27)	5,05 (0,87)	1,580	.237
Dimension Secure (RQ)	2,56 (0,64)	1,80 (0,85)	2,83 (0,78)	0,425	.660
Dimension démissionnaire (RQ)	2,22 (1,79)	1,60 (2,30)	1,50 (1,52)	0,335	.720
Dimension préoccupée (RQ)	4,44 (2,40)	5 (3,08)	5,17 (2,64)	0,153	.859
Dimension Craintive (RQ)	5,44 (0,66)	2,80 (2,77)	6,17 (0,98)	4,407	.029

En ce qui concerne la dimension craintive de l'attachement interpersonnel, l'analyse de contrastes des moyennes (Anova) entre les trois groupes montre que les sujets ayant une personnalité évitante et borderline présentent significativement un attachement plus craintif dans les relations interpersonnelles que les sujets ayant une personnalité dépendante (F : 8,654 ; p=.009).

10. PREMIERE OBSERVATION CLINIQUE

10.1 Observation clinique générale de Madame A

10.1.1 Présentation de la patiente

Madame A a 34 ans. Elle se présente au premier entretien comme figée, triste, ralentie mais ouverte à la rencontre clinique. Nous ressentons chez elle une grande tristesse et un grand vide. Madame A a actuellement un compagnon et deux garçons, âgés de 12 et 9 ans, issus d'une précédente union. Elle précise qu'elle ne s'investit pas affectivement auprès de son compagnon, « *c'est plutôt lui qui m'aime, c'est plutôt de l'amitié entre nous* ». Madame A travaille comme secrétaire comptable mais est en congé maladie depuis 4 mois. Elle est hospitalisée pour un *épisode dépressif majeur* (DSM IV). Son hospitalisation actuelle fait suite à une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse : « *j'ai pris des cachets, j'étais trop mal, c'était comme une impulsion, je n'en pouvais plus, je voulais mourir* ». Madame A met en évidence l'importance de sa dernière rupture amoureuse pour rendre compte de sa dépression et de son état psychique et affectif actuel. Elle incrimine également les relations conflictuelles et houleuses avec sa mère qui ne l'aurait pas soutenue durant cette période.

10.1.2 L'Anamnèse

Madame A est née *de père inconnu* puisque ce dernier est parti lorsqu'il a appris que sa compagne était enceinte. Il voulait qu'« elle avorte ». Madame A ne l'a jamais rencontré. Madame A vécut quelques années chez ses grands parents maternels jusqu'au jour où la mère de Madame A rencontra un nouveau compagnon avec qui elle décida de fonder une famille. Ils eurent trois enfants. Madame A, étant fille d'un premier lit, se sentit écartée de la famille (« je suis la « *brebis galeuse* » de la famille »). Son beau père ne l'a jamais acceptée dit-elle et sa mère ne montrait pas d'amour et de signes d'affection. Aussi, elle resta finalement à demeure chez ses grands parents durant une grande partie de son enfance en voyant sa mère de temps à autre. A l'âge adulte, Madame A dit vivre des « *amours*

fusionnels ». En dehors de ces relations passionnelles, elle dit ressentir constamment un « *grand vide à l'intérieur* ». Trois grandes déceptions amoureuses l'ont, d'après elle, conduite à la dépression et à l'hospitalisation avec tentative de suicide par prise de médicaments (notamment hospitalisation longue d'environ 6 mois, 5 ans auparavant). Mais, c'est surtout sa dernière rencontre amoureuse, avec un homme marié, qui fut une rencontre amoureuse fusionnelle et destructrice (« *j'ai aimé cet homme comme jamais je n'ai aimé quelqu'un à part mes enfants, je voulais qu'il soit là, tout le temps là, contre moi. On était tout le temps ensemble* »). Puis, Madame A tomba enceinte et son compagnon lui demanda d'avorter. Mais, deux jours après l'avortement, il la quitta sans donner de nouvelles. Madame A dit « *être descendue aux enfers* », dans un gouffre de mal-être indescriptible. Elle dit ne pas arriver à faire son travail de deuil (« *j'y pense tous les jours, on me disait ça va passer, ça va passer !* »). En outre, Madame A associe sa dépression actuelle à cette rupture sentimentale et à son impossibilité à en faire son deuil. C'est lors de notre dernière rencontre qu'elle exprima une grande colère et une grande souffrance en évoquant sa mère, celle qui depuis toujours, dit-elle, ne l'a jamais aimée. Elle est actuellement avec un autre compagnon avec lequel elle ne compte pas s'engager affectivement.

10.1.3 La clinique dépressive

Madame A présente une dépression majeure (DSM IV) d'une grande sévérité (scores BDI=29, scores Madrs=34) avec idées suicidaires. Madame A rattache ses symptômes dépressifs aux liens affectifs et aux ruptures. En effet, l'humeur dépressive de Madame A est marquée par une grande tristesse, qu'elle associe aux événements de sa vie affective, des abandons infantiles successifs du père et de la mère, à celui récent de son ex-compagnon (« *quand je pense ce que je suis devenue à cause d'événements qui se sont produits dans ma vie et notamment quand C. [son ex-compagnon] m'a quittée* »). Les idées de mort et de suicide sont récurrentes mais aussi les « envies de passage à l'acte » (« *si je le pouvais je me tuerais; j'ai envie d'en finir, à quoi sert la vie ?*»). L'image de soi de Madame A est extrêmement dépréciée et négative : « *je suis nulle, je ne vauds rien, je suis mauvaise* ». Madame A dit avoir des difficultés à éprouver du plaisir et de la joie : « *cela m'arrive d'avoir des moments de joie mais c'est très rare... j'ai une libido morte* ». Elle montre également une grande instabilité et désorganisation émotionnelle. Elle présente à certains moments de l'agitation, de l'hostilité et de la colère, et à d'autres moments, de la fatigue, de l'abattement

et une perte d'énergie. Elle dit que son appétit est au plus mal au même titre que son humeur : « *mon appétit, cela fonctionne comme dans ma tête* ». Elle a également des difficultés à s'endormir : « *je rumine, je ressasse le soir, je mets un temps fou à m'endormir, je dors très peu* ».

Madame A souffre d'une dépression chronique résistante, qui date depuis plus de 2 ans, avec trois grandes « *crises (épisodes) dépressives majeures*», sans qu'il y ait eu durant cette période une amélioration significative de ses troubles. En effet, elle présente en permanence des symptômes résiduels tels que la faible estime de soi, les pensées négatives, les idées de mort (mais sans intention de passage à l'acte contrairement aux moments de crise) et la perte de plaisir et d'envie. La première crise dépressive faisait déjà suite à une rupture amoureuse. La deuxième crise dépressive date de son arrêt maladie, il y a quatre mois. C'est à cette période que son ex-compagnon (C.) l'a quittée. Quant à son épisode dépressif actuel, elle le rattache à deux aspects : d'une part, à son incapacité à faire le deuil de C., d'autre part, au sentiment de vide affectif sans « fond » dans lequel ce dernier l'a laissée : « *C'était une relation fusionnelle* » dit-elle, « *on était accroché l'un à l'autre, je me serais tuée pour lui* ». En outre, Madame A a déjà été hospitalisée dans le même centre hospitalier pour dépression au début de son congé maladie. Son hospitalisation précédente fut effectuée à la suite également d'un passage à l'acte suicidaire par prise de médicaments. Si Madame A considère que sa dépression et son état psychique sont à rattacher à sa rupture amoureuse avec C., elle dit aussi que cette rupture réactive deux autres abandons « insupportables » dans la petite enfance : celui de son père qui est parti lorsque sa mère était enceinte (elle ne l'a jamais connu) et celui de sa mère qui a confié Madame A dès sa naissance à ses grands parents maternels. Avant sa dépression résistante, existante depuis plus de 2 ans, Madame A avait déjà fait un épisode dépressif majeur, il y a 5 ans, suite également à une séparation amoureuse. Cette dépression l'a conduite à une hospitalisation longue de 6 mois. Il est à noter l'existence chez sa propre mère de périodes de dépression importantes dont une lorsqu'elle était enceinte de Madame A ; son compagnon l'ayant quittée quand il a appris que la mère de Madame A était enceinte. En revanche, Madame A n'a jamais présenté de manière caractérisée d'autres troubles cliniques (Axe I DSM IV) ou fait l'expérience d'antécédents médicaux ou chirurgicaux significatifs durant son existence.

10.1.4 Traits de personnalité et fonctionnement psychologique

Madame A a un sentiment chronique de vide : « *j'ai toujours ressenti ce vide à l'intérieur de moi, depuis mon enfance, c'est là* ». Aussi, ce sentiment de vide est une caractéristique du fonctionnement psychologique de Madame A, il n'est pas à rattacher uniquement à son épisode dépressif actuel. Ce vide et ce mal-être sont prégnants à la suite des différentes ruptures affectives vécues par Madame A. Aussi, Madame A a constamment peur de l'abandon et met tout en place pour éviter d'être abandonnée (« *j'aurais tout fait pour que C. reste avec moi, on était fusionnel, je voulais lui faire un enfant, j'étais accro à lui, je ne suis rien sans lui, c'est le vide, c'est l'enfer*»). Les relations amoureuses sont toujours des relations fusionnelles et dépendantes. Pendant la période amoureuse, Madame A se sent enfin « *vivante et sortie de la dépression* ». Ces relations sont marquées par un manque d'autonomie psychique et affective (« *on était tout le temps ensemble, je suis rien sans lui, je voulais tout le temps être avec lui* »). A chaque rupture (les trois ruptures amoureuses), Madame A commet des actes auto-agressifs, elle fait des tentatives de suicide à répétition, et ses tentatives sont toujours en lien avec les échecs sentimentaux. Quand elle décrit les relations intimes avec son ex-compagnon, ces relations sont instables et sont caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation et de dévalorisation : « *Il était tout pour moi, il m'a libérée de mes souffrances, il m'a sortie de l'enfer, j'aurais tout fait pour lui, j'aurais même donné ma vie pour lui s'il le fallait* » (idéalisation) puis « *c'est rien pour moi, je le hais, je n'ai pas besoin de cet homme* ». La relation maternelle est également clivée : « *Ma mère, je l'aime, j'ai besoin d'elle, elle est beaucoup pour moi* » (idéalisation) « *de toutes façons, je déteste ma mère, et à ce jour, je ne veux plus parler d'elle, je m'en fous* » (dévalorisation). Quant aux affects, Madame A est sensible aux changements d'humeur : au cours d'un entretien, elle se désorganise émotionnellement en passant de l'abattement à la colère. En outre, Madame A est perturbée et changeante en fonction de la perception extrême et contradictoire des relations (relations amoureuses et maternelles idéalisées ou dénigrées) et des difficultés de contrôle émotionnel (abattement/agitation, colère, apathie). Au regard des différents aspects de sa personnalité, Madame A répond aux critères de la personnalité borderline selon la classification du DSM IV. Malgré des traits de dépendance et d'abandon, Madame A ne souffre pas d'une personnalité dépendante. En effet, le sentiment de vide chronique, l'instabilité relationnelle, les modes de relations clivées et intenses, les affects désorganisés et changeants ainsi que les actes auto-destructeurs (tentatives de suicide à répétition) sont absents dans la personnalité dépendante et vont dans le sens d'une

personnalité de type borderline. De plus, les ruptures parentales dans la petite enfance et la négligence maternelle dans l'histoire de Madame A sont des caractéristiques fréquentes de la biographie des sujets ayant une personnalité borderline.

10.1.5 Evolution de la clinique dépressive au cours de l'hospitalisation

Madame A n'a pas eu d'évolution favorable de sa dépression au cours de l'hospitalisation (les scores d'intensité dépressive demeurent élevés : score BDI=20; score Madrs=28). La faible évolution est légère et concerne presque exclusivement les symptômes somatiques et psychomoteurs de la dépression, plus sensibles à l'effet des traitements antidépresseurs. Concernant les critères symptomatiques dépressifs de la BDI évalués en fin d'hospitalisation, Madame A se sent moins lasse et fatiguée, a plus d'entrain pour faire des activités et se nourrit davantage. Quant aux critères symptomatiques de la Madrs évalués en fin d'hospitalisation, Madame A se sent légèrement moins « paralysée » émotionnellement, est plus concentrée et présente moins de troubles du sommeil. Cependant, la dépression reste sévère, et ce malgré l'administration des antidépresseurs et le suivi psychologique. En effet, en ce qui concerne les symptômes psychiques, les pensées dépressives et de mort sont encore présentes : « *je suis nulle, je ne vauz rien, j'ai des envies de mort* ». Néanmoins, l'équipe médicale a décidé de la sortie de l'hospitalisation en estimant que les idées suicidaires de Madame A avaient diminué et qu'une tentative de suicide était peu probable. Quant à Madame A, si elle souhaite sortir de l'hôpital, elle estime que ses difficultés psychologiques restent d'actualité et elle considère à ce jour être dans l'incapacité de pouvoir faire un travail de deuil vis-à-vis de son ex-compagnon et de prendre des distances affectives vis-à-vis de sa mère.

10.2 Les expériences d'attachement

10.2.1 Les expériences parentales

→ Les représentations maternelles

Concernant les expériences précoces avec la mère, Madame A estime que sa mère est à l'origine de son mal-être qui existe depuis l'enfance. Le récit de Madame A fait état d'une histoire douloureuse affective passée avec sa mère. Madame A parle d'un manque d'amour, de considération et d'affection sous la forme d'une revendication affective : « *ce que je sais, c'est qu'il n'y avait pas beaucoup d'amour envers moi. Elle ne s'occupait pas de mes soucis et surtout elle ne s'inquiétait pas* ». Elle parle d'un sentiment d'abandon lorsque sa mère l'a confiée dès sa prime enfance à ses grands parents maternels. De plus, lorsque sa mère l'a reprise à la maison, Madame A a ressenti à nouveau un sentiment d'abandon et un manque d'affection. En effet, sa mère a fondé une famille avec un autre compagnon. Madame A s'est sentie « de trop » et dénigrée. Madame A parle alors d'un désinvestissement maternel malgré ses envies répétées de « *bisous, de câlins et d'amour* » de sa part. Derrière les gestes d'affection de sa mère, Madame A ne voit qu'un désert affectif. Aussi, la proximité physique n'est pas vécue comme étant associée à un investissement psychique et affectif. Les comportements maternels sont interprétés comme contradictoires : Madame A dit que certaines fois, sa mère la prenait dans ses bras et qu'à d'autres moments, elle avait l'impression de ne pas exister à ses yeux.

Madame A considère sa mère comme non aimante, inauthentique (« *elle me dit qu'elle m'aime, c'est faux*») sarcastique, (« *quand je lui dis que je vais mal, quand je lui parle de mon chagrin d'amour, elle rigole*»), rejetante (« *elle m'a laissée quand j'étais enfant, je lui en veux beaucoup*») (« *j'étais une brebis galeuse, je ne faisais pas partie de la famille, ma mère fait des différences avec sa nouvelle famille*»), haineuse (« *elle me déteste*»), et indifférente à sa souffrance et aux états affectifs de sa fille (« *je lui ai parlé plusieurs fois de mes envies de mourir, elle s'en fout*»). Concernant l'enfance, Madame A dit aussi que sa mère était incohérente, inauthentique et imprévisible dans ses comportements affectifs (aimante ou non aimante, proximité puis rejet). Cette mère est dénuée pour Madame A de la fonction maternelle : « *elle est plus copine que mère* ».

Ces considérations conduisent Madame A à rejeter actuellement sa mère et à vouloir en apparence couper le lien : « *je hais cette femme qui est ma mère de m'avoir mise au monde puisqu'elle me déteste ... je déteste ma mère et à ce jour je ne veux plus parler d'elle, maintenant, je m'en fous* ». Cette colère et ce rejet maternel cachent la grande ambivalence de Madame A et sa grande dépendance émotionnelle à son égard. Le rejet n'est que défensif puisque Madame A exprime encore aujourd'hui une colère très vive et des revendications affectives importantes. En effet, ses souvenirs de désamour sont dans nos entretiens « ressassés » sans cesse et provoquent un « trop plein d'affects ». Elle montre des difficultés à prendre ses distances affectives vis-à-vis de sa relation infantile avec sa mère.

➔ Les représentations paternelles

Les représentations des relations avec le père sont marquées par l'absence et l'abandon. En effet, le père est parti lorsque Madame A était encore dans le ventre maternel; depuis, il n'a jamais donné signe de vie. De plus, Madame A n'a jamais pu construire une image paternelle substitutive et symbolique : le père biologique est inconnu, le grand père maternel est décédé avant que Madame A ait habité chez sa grand-mère maternelle, et le compagnon de sa mère a rejeté affectivement Madame A. Le père biologique de Madame A n'est représenté qu'à partir du récit qui lui a été raconté par son entourage (certainement sa propre mère). Ce récit est marqué par l'histoire d'un abandon : l'abandon par le père de sa mère lorsqu'elle était enceinte de Madame A. Pour Madame A, le père est le « *premier spécimen* » du genre masculin qu'elle dévalorise. Le père ressemble aux partenaires masculins qu'elle rencontre à l'âge adulte : ils sont mauvais, lâches et nous abandonnent : « *je ne peux pas faire confiance à mon nouveau compagnon, c'est un homme. Tous les hommes sont des salauds et des lâches comme mon père, je me suis fais avoir* ». Pour Madame A, son père, c'est le premier qui l'a abandonnée, « *c'est le premier qui m'a eue en partant* ». La figure paternelle se « rejoue » actuellement dans la perception et l'appréciation des relations amoureuses.

10.2.2 Les expériences amoureuses

Dans sa relation amoureuse actuelle, Madame A est très évitante : (« *je ne sais pas si je peux m'engager, je n'arriverai pas à donner suffisamment, j'ai beaucoup de mal* »). Cette

relation est désinvestie et les sentiments éprouvés à l'égard du compagnon sont illustrés comme ceci : « *Une très forte amitié, un petit peu d'amour aussi, mais ce n'est pas l'amour fou, il m'aime plus que je l'aime. Je n'arrive pas à m'engager* ». En revanche, Madame A dit ne pas exprimer d'anxiété et d'inquiétudes quant à sa relation amoureuse actuelle (« *si cela ne dure pas, ce n'est pas grave* »).

En revanche, les expériences amoureuses antérieures ont été très investies : « *je me donnais à fond dans les relations amoureuses, j'étais accro, je voulais tout le temps être avec mon partenaire* ». Mais ces différentes expériences finissent toujours par un abandon : « *à chaque fois ça foire, à chaque fois, je suis abandonnée* ». Même pendant la relation, le sentiment d'abandon et de désamour était présent et s'exprimait par une grande anxiété : « *j'avais tout le temps peur que mon partenaire me quitte et qu'il ne m'aime pas suffisamment* ».

Mais c'est son histoire amoureuse précédente qui est la plus dure à « cicatriser » selon Madame A. Elle exprime une préoccupation toujours vivace et actuelle à l'égard de son ex-compagnon (« *on était très fusionnel. Je l'ai aimé comme jamais j'ai aimé quelqu'un à part mes enfants. Il s'est passé qu'on était tout le temps ensemble* »). Madame A dit ne pas « arriver » à faire le deuil de cette relation, « *j'y pense tous les jours, on me disait ça va passer et ça passe pas... Quand je croise une voiture, je pense à lui. J'y pense tous les jours* ». La rupture a été terrible pour Madame A (« *quand il m'a quittée, il m'a descendue aux enfers* »). Cette histoire d'amour a été un des thèmes principaux des entretiens psychologiques.

En fin d'hospitalisation, Madame A considère qu'il n'y a pas d'évolution dans la perception des relations amoureuses : il faut éviter de s'attacher au partenaire amoureux même si le conjoint actuel est considéré comme « très attentif » et disponible. Pour Madame A, son compagnon actuel est un homme comme les autres, aussi la perception amoureuse ne peut pas se modifier : « *rien n'a changé, les hommes restent des hommes, ils sont tous pareils* ».

10.2.3 Les expériences relationnelles et sociales actuelles

Au début de l'hospitalisation, Madame A ne recherche pas avoir des relations approfondies avec d'autres personnes, en particulier avec les autres patients. Elle dit ne pas avoir confiance dans les relations interpersonnelles et sociales. A l'instar de la vie, elle est très négative sur l'appréciation des relations : « *je ne crois plus en la vie, je ne compte plus sur les autres* ». Comme Madame A se déprécie, elle considère aussi qu'elle n'est pas très intéressante pour les autres. Cependant, elle a accepté de me voir en entretien et de participer à la recherche. Lors de ces entretiens, je perçois néanmoins un désir d'être en relation et d'être écoutée.

En fin d'hospitalisation, Madame A dit se méfier des autres car « *ils peuvent nous faire du mal et nous faire souffrir* ». Elle a des difficultés à accorder sa confiance. Elle semble néanmoins être davantage dans le contact et la relation. Elle dit garder une image négative des autres puisqu'elle dit ne pouvoir compter sur eux.

10.3 Analyse clinique et théorie de l'attachement

10.3.1 Les stratégies d'attachement

Au regard des expériences parentales, Madame A a développé préférentiellement une **stratégie d'attachement préoccupé** (évaluation prototypes *Ca-mir*). Cette stratégie signifie que Madame A a tendance à être débordée par ses émotions et à être envahie de manière chronique par des informations relatives à l'attachement. La relation maternelle est illustratrice de cette stratégie préoccupée : Madame A est submergée par ses affects (colère, amour, haine) lorsqu'elle évoque sa mère et elle est accaparée par des pensées négatives. Cette irruption d'informations négatives relatives à la relation mère/fille maintient une anxiété élevée et une hyperactivation des émotions. En effet, Madame A n'arrive pas à prendre des distances affectives et à faire un travail de séparation vis-à-vis de cette relation.

Elle continue à développer à l'âge adulte un **état d'esprit fortement préoccupé** à l'égard de sa mère. L'histoire infantile avec la figure maternelle devient le sujet principal de nos entretiens après que Madame A ait parlé de sa dernière rupture amoureuse. Les sentiments à son égard sont encore très présents et les souvenirs des expériences passées sont remémorés

sans cesse malgré leurs éloignements temporels. Cet état d'esprit préoccupé s'exprime de trois manières : la colère, l'ambivalence et la dépendance émotionnelle. Madame A est toujours très vindicative à l'égard de sa mère : « *je hais ma mère de me laisser, de ne jamais s'occuper de moi, de me dire je t'aime alors que c'est faux* ». Elle est ambivalente quant aux sentiments et à l'implication qu'elle porte aujourd'hui à son égard : « *je m'en fous de toutes façons, je ne veux plus parler d'elle...mais j'aurais aimé qu'elle s'inquiète pour moi* » ou « *quand nous sommes ensemble, nous avons de bons rapports... mais je ne crois pas ce qu'elle me dit, je suis la brebis galeuse* ». Cette ambivalence montre la dépendance émotionnelle qu'elle éprouve encore vis-à-vis de sa figure maternelle : elle était dépendante d'elle dans son enfance et elle continue à éprouver cette dépendance aujourd'hui : « *j'ai besoin qu'elle soit présente, qu'elle me soutienne, mais elle s'en fout encore, elle n'est toujours pas venue me voir à l'hôpital* ». Aussi, la colère et la haine de Madame A à l'encontre de sa mère ne font que démontrer à nouveau son « *accrochage fusionnel* ». Par ailleurs, l'absence du/d'un père ne permet pas à Madame A de puiser de l'affection auprès de lui, aussi la qualité des relations avec la mère était essentielle pour son devenir psychologique.

Madame A présente également et de manière très importante une **stratégie d'attachement détachée** (évaluation prototypes Ca-mir) : cette stratégie consiste au contraire à inhiber ses émotions et à détourner son attention des informations relatives à l'attachement. La stratégie détachée se développe suite à des expériences de rejet affectif précoce dans la famille, conduisant les personnes à se désengager au niveau de l'attachement dans les relations interpersonnelles. Les expériences de rejet précoces sont présentes dans l'histoire infantile de Madame A : désamour, non disponibilité (« *ma mère ne s'intéressait pas à moi; elle ne me reconfortait pas quand j'en avais besoin, elle allait même jusqu'à me rejeter, j'étais la brebis galeuse* ») et abandon de la mère (Madame A en veut à sa mère de l'avoir laissée à ses grands parents lors de sa naissance). Quant au père, il a abandonné la mère de Madame A lorsqu'elle était enceinte.

Néanmoins, malgré le rejet maternel, il est à noter que cette stratégie d'attachement détachée n'opère pas en ce qui concerne la figure maternelle. En effet, Madame A ne se dégage pas affectivement de sa mère, bien au contraire, elle est extrêmement préoccupée par cette mère qu'elle n'arrive pas à quitter « *psychiquement* » (elle est présente actuellement et de manière excessive dans les pensées de Madame A) et « *physiquement* » (Madame A est encore actuellement en relation avec sa mère, elle dit vouloir couper le lien mais à la fois elle

recherche et revendique auprès d'elle de l'affection). En revanche, la stratégie détachée de Madame A est plutôt associée aux expériences familiales présentes (évaluation Ca-mir) et particulièrement à sa relation amoureuse actuelle. Elle souhaite ne pas s'attacher à son compagnon actuel car il représente « *les hommes qui sont lâches, nous quittent et nous font souffrir* ». La stratégie de désactivation de l'attachement vis-à-vis du compagnon actuel est en lien avec les figures masculines, et notamment la première d'entre elles, la figure paternelle. Le détachement vis-à-vis de son compagnon est une stratégie secondaire visant à se protéger d'un nouvel abandon « masculin » et des affects de détresse qui y sont associés. En effet, les hommes sont perçus négativement car ce sont des figures abandonniques : de ce père inconnu parti durant la grossesse de sa mère à cet ex-compagnon parti parce que Madame A était enceinte. Madame A dit des hommes ceci : « *il ne faut pas s'attacher à eux, ces lâches qui m'ont laissée, cela a commencé avec mon père et cela continue encore* ». En outre, le détachement amoureux a une fonction défensive et d'« *anti-douleurs* », il fait suite à l'expérience originaire de l'abandon paternel (« *c'est le premier qui m'a eue en partant* ») et plus profondément de son absence (Madame A ne l'a jamais connu).

Quant à l'apparente contradiction à présenter des stratégies insécurisées opposées (préoccupées et détachées), elle est mentionnée par la littérature (Kobak *et al.*, 1993; Pierrehumbert *et al.*, 1996) et renvoie à un profil clinique de « type désorganisé » : c'est-à-dire que Madame A n'a pas de stratégie d'attachement spécifique et cohérente puisqu'elle peut à la fois « hyperactiver » (stratégie préoccupée) et « désactiver » (stratégie détachée) ses émotions. Cette absence de stratégie cohérente rend Madame A plus vulnérable aux troubles psychopathologiques puisque une stratégie claire - même insécurisée - permet de développer une stratégie pouvant faire face aux expériences émotionnelles, même si ce n'est pas nécessairement adéquat. Cette stratégie détachée associée à la stratégie préoccupée conduit à une désorganisation des émotions et de l'appareil psychique dans son rôle de canalisation et d'intégration des expériences émotionnelles.

Les différentes histoires affectives de Madame A et leurs ruptures (de sa mère à son dernier ex-compagnon) sont évocatrices des difficultés à gérer et à élaborer les conflits émotionnels. Le recours répété à l'acte suicidaire dans les ruptures montre à nouveau l'impasse d'une résolution du conflit psychique : cela met en exergue d'une part, l'impossibilité de réguler ses émotions pour faire face aux épreuves affectives (incohérence et

paradoxalité des stratégies utilisées), et d'autre part, l'incapacité de liaison psychique qui permettrait d'intégrer ses émotions.

L'histoire infantile maternelle est particulièrement illustrative de la désorganisation de l'attachement et de l'impossibilité pour Madame A d'établir une stratégie cohérente même insécurisée. Pour Madame A, les comportements maternels sont interprétés comme contradictoires et désorganisés : Madame A dit que certaines fois, sa mère la prenait dans ses bras et qu'à d'autres moments, elle avait l'impression d'être violemment rejetée et de ne pas exister à ses yeux. Quant aux représentations maternelles, elles sont marquées par des *traits d'attachement désorganisé* : incohérence maternelle (la mère dit je t'aime mais rigole), imprévisibilité quant à son amour et à ses intentions (aimante ou non aimante, proximité puis rejet), et inauthenticité dans le contact.

10.3.2 Les styles d'attachement romantique

Madame A présente en début d'hospitalisation un style d'attachement amoureux (romantique) insécurisé de type craintif (évaluation ECR-QEAA). Ce style craintif signifie que les relations amoureuses de Madame A sont marquées à la fois par un grand évitement et une grande anxiété. La dimension évitante de l'attachement romantique renvoie à la peur de l'intimité et du rejet vis-à-vis du partenaire tandis que la dimension anxieuse renvoie à l'inquiétude chronique de ne pas être aimé et d'être abandonné par son partenaire.

L'évitement est caractéristique de la relation amoureuse actuelle de Madame A (« *je suis distante avec mon conjoint actuel, je ne me donne pas suffisamment, je ne sais pas si je peux m'engager affectivement* ») et met en exergue la peur de l'intimité et du rejet (« *c'est difficile pour moi de m'attacher, j'ai peur de souffrir à nouveau, d'être rejetée. Pour moi, [le compagnon actuel], c'est plus une très forte amitié que de l'amour fou* »). En revanche, nous observons peu d'anxiété et de préoccupation quant à la relation amoureuse actuelle (« *s'il me quitte c'est pas grave, ce n'est pas comme une relation amoureuse* »). D'où provient alors cette anxiété importante dans la perception des relations amoureuses si cela ne concerne pas le compagnon actuel?

L'anxiété concerne essentiellement sa relation amoureuse antérieure pour laquelle Madame A n'arrive pas à faire le deuil : elle est encore extrêmement préoccupée et envahie

psychiquement par cette relation (« *on était fusionnel, je n'ai jamais aimé quelqu'un autant que lui, je n'arrive pas à m'en défaire, je pense tout le temps à lui* »). Aussi, la dimension anxieuse est toujours d'actualité mais concerne sa relation précédente. En outre, nous pouvons penser que l'évitement amoureux actuel de Madame A dans sa relation de couple actuel a certainement pour fonction de « *lutter* » ou de se « *défendre* » contre les représentations et les sentiments d'anxiété liés à son ancienne relation. Madame A dit vouloir éviter de revivre des amours passionnels et potentiellement destructeurs.

Cependant, cette tentative d'évitement est un échec puisque l'anxiété demeure très élevée dans la perception de ses relations amoureuses. En effet, Madame A n'arrive pas à réprimer son anxiété et à refouler les représentations amoureuses associées à l'anxiété (anxiété forte dans les relations amoureuses - évaluation ECR). La littérature montre que le style romantique craintif signifie l'incapacité pour le sujet à se défendre efficacement de l'anxiété perçue dans les relations amoureuses : la dimension anxieuse demeure très élevée malgré l'importance de la dimension évitante.

Nous n'observons pas d'évolution du style d'attachement amoureux chez Madame A au cours de l'hospitalisation. En fin d'hospitalisation, Madame A présente les mêmes styles d'attachement romantique qu'au début de l'hospitalisation, c'est-à-dire un style d'attachement romantique de type craintif. Elle éprouve de la même manière une grande anxiété et un grand évitement vis-à-vis des relations amoureuses. Aussi, la préoccupation à l'égard des relations amoureuses reste vivace malgré la volonté de rester distante avec son compagnon actuel. D'ailleurs son ex-compagnon reste très présent dans l'esprit de Madame A : « *je n'arrive pas à l'oublier, il est tout pour moi, même si je le déteste* ».

10.3.3 Les styles d'attachement interpersonnel

Madame A présente en début d'hospitalisation un style d'attachement interpersonnel insécurisé de type craintif (évaluation RQ). Selon Bartholomew et Horowitz (1991), ce style d'attachement interpersonnel renvoie à des modèles internes opérants de soi et d'autrui négatifs ne permettant pas au sujet d'établir des relations interpersonnelles sécurisantes. Les personnes ayant ce style d'attachement interpersonnel craintif ont une mauvaise image d'eux-mêmes et des autres. La mauvaise image des autres est le résultat de l'indisponibilité et de l'insécurité des figures d'attachement dans l'enfance. Comment puis-je faire confiance aux

autres alors que mes figures d'attachement étaient indisponibles et non aimantes? Quant à la mauvaise image de soi, elle est le fruit de la considération négative des figures d'attachement à l'égard du sujet. En effet, si mes figures d'attachement sont indisponibles, c'est que le moi est sans valeur et ne mérite pas d'être aimé (Bowlby, 1984).

Chez Madame A, nous retrouvons cette dépréciation des autres et d'elle-même. Elle est d'une grande méfiance vis-à-vis des relations. Son histoire nous montre que l'estime qu'elle a d'elle-même et des autres n'est pas étrangère aux expériences relationnelles précoces avec la mère : « *Ma mère ne m'a pas aimée, aussi j'ai du mal à m'aimer, à m'estimer et à faire confiance aux autres, c'est elle qui m'a détruite* ». Aussi, les modèles interpersonnels de Madame A (modèle de soi et d'autrui négatifs) sont fonction des expériences interactives précoces et insécurisées, particulièrement avec la figure maternelle (mère indisponible et non aimante, perçue comme indifférente aux états affectifs de Madame A).

Nous observons une évolution des styles d'attachement de Madame A au cours de l'hospitalisation. En fin d'hospitalisation, Madame A présente maintenant un style d'attachement interpersonnel démissionnaire (évaluation RQ T2). Selon la terminologie de Bartholomew et d'Horowitz (1991), le modèle interpersonnel détaché renvoie à un modèle de soi positif et à un modèle d'autrui négatif. Aussi, le changement au cours de l'hospitalisation tient à la qualité du modèle de soi, négatif au début d'hospitalisation et positif en fin d'hospitalisation.

Concernant la perception d'autrui en fin d'hospitalisation, Madame A reste très méfiante. Si l'évaluation au RQ indique que Madame A a une perception positive d'elle-même, nous ne confirmons pas ce point dans nos entretiens même si la rencontre avec les soignants (étayage, réassurance) a eu un effet plutôt bénéfique sur l'image de soi. Il semble alors que cette image positive du moi soit plutôt défensive et consciente. Cela rejoindrait l'idée selon laquelle le modèle de soi positif spécifique du style démissionnaire (Fraleigh & Shaver, 1997) correspond à une défense consciente du moi (rôle protecteur) ayant pour objectif de cacher la vulnérabilité profonde du moi. Il s'agit d'un aménagement psychique permettant au sujet de compter davantage sur lui-même en occultant ses failles et ses difficultés, ce qui montre néanmoins une évolution de la perception de soi (même si c'est défensif) au cours de l'hospitalisation.

11. SECONDE OBSERVATION CLINIQUE

11.1 Observation clinique générale de Madame B

11.1.1 Présentation générale de la patiente

Madame B est célibataire et a 35 ans. Je la rencontre pour la première fois au chevet de son lit d'hôpital en présence de sa mère. Elle est en retrait et paraît effacée. Aussi, c'est sa mère qui m'a interpellé en me disant qu'elle se faisait beaucoup de soucis pour sa fille. Après avoir proposé à Madame B de me rejoindre seule dans mon bureau de consultation, elle se met à pleurer sans discontinuité. Madame B est hospitalisée par son médecin traitant pour épisode dépressif majeur (DSM IV). Présentant des idées noires, elle me dit que son médecin craignait un passage à l'acte suicidaire : « *il m'a dit qu'il fallait que je me soigne, que je me repose. Il avait peur que je fasse une tentative de suicide, je n'en pouvais plus !* ». Pour Madame B, c'est sa rupture amoureuse récente avec son compagnon qui est à l'origine de sa dépression. Selon Madame B, la relation s'est arrêtée du jour au lendemain alors qu'elle espérait fonder une famille avec son compagnon. Elle me raconte également que son mal être fait suite à la répétition d'échecs sentimentaux.

11.1.2 Anamnèse

Madame B relate une enfance difficile. Elle garde encore aujourd'hui l'image de parents absents, « *psychiquement ailleurs* », qui s'occupaient d' « *autres choses* » que de leur propre fille. Son père était chef d'entreprise, très souvent absent du domicile tandis que sa mère restait à la maison. Madame B estime que sa mère n'était pas disponible pour discuter ou jouer avec elle. Sa mère était peu encline aux marques d'affection : « *elle ne me prenait pas dans ses bras...elle ne m'a jamais dit je t'aime* » dit Madame B. De plus, elle ne s'intéressait pas à ses différentes activités : « *Lorsque j'avais du sport, des spectacles ou quoi que ce soit, elle ne venait pas me voir ou m'encourager* ». Durant le week-end, son père ne cherchait pas non plus des moments privilégiés avec Madame B : « *il ne venait jamais vers moi, m'embrasser, me demander comment ça se passait à l'école, comment j'allais ?* ». Elle mentionne des scènes de violence avec ses deux parents : « *ma mère me donnait des coups de*

martinet parfois sans raison et mon père pouvait me frapper lorsque quelque chose ne lui convenait pas ». Madame B se sent seule et pense que ses parents se désintéressent de ce qu'elle peut vivre et ressentir. Elle a l'impression d'être enfermée dans une « prison dorée » : « *ma mère ne voulait pas que je fréquente des copines, que j'aille à l'extérieur* ». Une image revient sans cesse à Madame B, l'image d'une petite fille malheureuse qui s'ennuie et qui regarde l'extérieur de derrière le portail de la maison. Plus tard, Madame B aura beaucoup de rancœur vis-à-vis de ses parents lors de son adolescence : « *mes parents ne m'ont pas permis de m'amuser, de sortir, de faire ce que font toutes les autres ados, ils me tenaient en laisse à la maison* ». Entre temps, ses parents ont divorcé et Madame B a vu sa mère perdue, décontenancée et dans un profond désarroi. A l'âge adulte, les aventures amoureuses de Madame B sont marquées par des ruptures répétées. Elle dit chercher rapidement une stabilité dans le couple et fonder une famille mais que cela « *rate à chaque fois* ». Madame B a l'impression que les hommes qu'elle rencontre, à l'instar de ses parents, ne lui apportent pas l'affection nécessaire. En revanche, sa vie professionnelle est marquée par la réussite : elle fait des études brillantes de commerce qui l'ont conduite à avoir des responsabilités très importantes au sein des différentes entreprises qui l'ont recrutée. Elle dit aimer son travail et s'y investir beaucoup. Elle estime aussi que le travail lui permet de combler les difficultés et les échecs de sa vie affective.

11.1.3 Clinique de la dépression

Madame B présente un épisode dépressif majeur (DSM IV). Nous retrouvons cliniquement l'ensemble des symptômes dépressifs liés aux deux grands spectres de la sémiologie dépressive : d'une part, l'humeur dépressive et ses différents symptômes psychiques, et d'autre part, l'inhibition ou le ralentissement psychomoteur auxquels sont associés les différents symptômes somatiques. Madame B a un score élevé à la fois à la BDI (20 > 16 : dépression sévère) et à la Madrs (30 > 20-21, score pour l'inclusion de sujets déprimés dans la recherche). Madame B rattache sa dépression aux vicissitudes et échecs de sa vie affective. En effet, Madame B éprouve une tristesse insupportable, se sent découragée, considère que sa vie personnelle est un échec complet et a une image négative et dépréciée d'elle-même (« *je ne me trouve pas à la hauteur, je suis profondément déçue de ma vie personnelle, j'ai tout raté, rien construit, j'ai l'impression de gérer ma vie affective comme une enfant* »). Ce sentiment d'échec de sa vie personnelle est associé chez Madame B

à « l'horloge biologique » (« le temps passe et je n'ai pas fondé de famille, j'ai peur que cela soit trop tard ! »). L'image d'autrui aussi est affectée, les relations interpersonnelles présentent moins d'intérêts : « j'ai moins d'intérêts pour les gens et ce qui se passe autour de moi ». Madame B a des idées noires : « j'ai des idées de mort, peut-être que ce serait la solution ». Elle a également perdu l'appétit. Madame B dit être lasse, fatiguée, a des difficultés à prendre des décisions mais tient à souligner que cela concerne davantage sa vie personnelle et affective.

Madame B avait déjà été hospitalisée pour épisode dépressif majeur, 2 ans auparavant. A cette période, elle avait fait une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse. Une rupture sentimentale avait été également à l'origine de sa dépression. « Je n'ai jamais su gérer ma vie affective, les séparations amoureuses m'ont toujours fait du mal, ma vie affective est une catastrophe ». En revanche, l'investissement professionnel est considéré comme équilibrant psychologiquement, satisfaisant et lui permettant d'avoir des gratifications narcissiques. En outre, Madame B n'a jamais présenté d'autres troubles cliniques (Axe I du DSM IV). Il est à noter comme antécédents médicaux et chirurgicaux, un accident de la route datant de 10 ans ayant conduit à une opération chirurgicale lourde (œdèmes, colonne vertébrale touchée). Madame B dit avoir été très éprouvée par l'accident et ce, d'autant qu'elle a eu des difficultés à être reconnue par les assurances et la justice en tant que victime.

11.1.4 Traits de personnalité et fonctionnement psychologique

Madame B ne présente pas l'ensemble des critères d'un trouble de la personnalité selon l'Axe II du DSM IV malgré la présence de traits de personnalité renvoyant à des caractéristiques pathologiques (dépendance, position infantile, sentiment de vide, gestion désorganisée des émotions, immaturité dans les relations intimes et manque d'autonomie affective). Les différents aspects de la personnalité (cognition, affectivité, fonctionnement interpersonnel et contrôle des impulsions) de Madame B ne sont pas rigides, inflexibles, stables et constamment pathologiques ou inadaptés. Les caractéristiques affectives et relationnelles de Madame B dépendent de la spécificité des situations (ces caractéristiques sont davantage pathologiques dans le cas des relations affectives, amoureuses et parentales que dans le cadre des activités professionnelles et quotidiennes où Madame B est particulièrement adaptée et présente un équilibre psychique de bonne qualité) et de la présence de « crises » (les aspects pathologiques de sa personnalité ne sont pas toujours

présents, ils sont fonction des événements de vie et de la gestion actuelle interne des relations affectives actuelles). En outre, l'organisation psychique de Madame B n'est pas stable et rigide mais présente une certaine souplesse.

Madame B a un fonctionnement psychologique marqué par un déséquilibre affectif important dans les relations intimes. Elle a besoin d'être rassurée par l'amour de l'autre et que ce dernier réponde à ses besoins affectifs (« *Quand je suis en relation, il faut me dire ou me montrer en permanence que l'on s'intéresse à moi* »). Mais l'autre n'est jamais investi au niveau que souhaiterait Madame B. Elle manque d'autonomie psychique dans sa vie affective : quand elle ressent intensément un vide affectif, celui-ci doit pouvoir être comblé par une figure amoureuse. A l'hôpital, elle a rencontré rapidement une figure amoureuse, mais cette relation s'est soldée également très vite par un échec. Quant aux relations parentales, Madame B dit se positionner en petite fille qui recherche encore et désespérément l'amour de ses parents. Elle est encore extrêmement revendicative vis-à-vis du « manque d'amour » parental tout en étant très dépendante des désirs parentaux, en particulier ceux du père (« *mon père veut que je crée mon entreprise, je vais le faire, il sait ce qu'il y a de mieux pour moi* »).

A contrario, Madame B dit être autonome et faire preuve de responsabilités dans son travail : « *Autant je suis rapidement dépendante et me comporte comme une petite fille dans ma vie affective, autant je n'ai pas de problèmes dans mon travail, j'arrive même à maintenir une certaine distance vis-à-vis de mes collègues et de mes salariés* ». Aussi, l'ensemble de son fonctionnement psychique ne se maintient pas dans une position dépendante et passive : dans le travail, Madame B montre au contraire de grandes responsabilités et de grandes capacités d'aménagement psychique. Cependant, le travail est investi comme un objet affectif qui lui apporte des gratifications importantes et continues.

Il est à noter que Madame B n'est pas en permanence dans une quête amoureuse ou en train de vivre une histoire amoureuse. En effet, elle se méfie des conséquences « catastrophiques » qu'une relation affective peut engendrer, lui rappelant les difficultés antérieures de ses histoires amoureuses. C'est lorsque Madame B est confrontée à la relation amoureuse qu'elle dit ne pas « *arriver à la gérer et à prendre des distances* ».

Madame B présente des traits de dépendance dans son fonctionnement psychologique. Cependant, ses traits se distinguent de la personnalité dépendante (Axe II DSM IV). En effet,

Madame B n'a pas un comportement collant et soumis dans toutes les situations et domaines de sa vie. Dans sa vie professionnelle, Madame A a au contraire une position très active et prend des décisions importantes. Elle a confiance en ses ressources personnelles lorsqu'il s'agit de faire des choix ou d'initier des projets dans sa vie professionnelle et dans sa vie quotidienne. Contrairement à la personnalité dépendante, Madame B ne demande pas toujours l'avis et l'appui d'autrui. Elle a commencé notamment à faire construire une maison et s'occupe seule des démarches et des soucis qui y sont associés. Elle dit d'ailleurs : « *j'y tiens, c'est mon projet personnel* ».

Madame B présente également un sentiment de vide lors des ruptures affectives, mais son fonctionnement diffère de la personnalité borderline (Axe II DSM IV) : son sentiment de vide n'est pas chronique, les modes de relations ne sont pas clivés, il n'y a pas de répétition d'actes auto-destructeurs (Madame B n'a fait qu'une tentative de suicide dans son existence), il n'y a pas présence d'impulsivité et de troubles majeurs de l'identité et du comportement. Il demeure néanmoins une instabilité affective et des angoisses de vide lors des crises de sa vie sentimentale. Il est à noter que Madame B présente des capacités d'aménagement et d'adaptation psychique dans sa vie professionnelle, même si cela peut avoir en partie pour fonction de combler un certain vide affectif.

11.1.5 Evolution de la dépression au cours de l'hospitalisation

Madame B présente une évolution plutôt favorable de son état dépressif au cours de l'hospitalisation. Les scores d'intensité dépressive ont diminué (BDI : 10 à T2; Madrs : 12 à T2). Si l'humeur dépressive persiste (« *je me sens encore triste et malheureuse*), les symptômes psychiques liés aux cognitions sont moins présents : Madame B se dit moins pessimiste, moins découragée, considère moins sa vie affective comme un échec permanent et entrevoit une issue pouvant être favorable à l'avenir. Elle reprend goût et intérêt pour la vie et les relations. Elle ne présente plus d'idéation suicidaire. L'image qu'elle a d'elle-même est moins dépréciée, ce qui s'explique aussi par un accrochage très fort et positif à l'étayage soignant. L'appétit et la durée de sommeil sont à un niveau se rapprochant progressivement de la période précédant l'épisode dépressif. Quant aux différents troubles psychomoteurs, ils ont beaucoup diminué au cours de l'hospitalisation : moins ralentie, moins de fatigue, plus de

concentration, moins d'efforts à fournir pour faire des activités, moins de difficultés à prendre des décisions.

Parallèlement à la diminution de l'intensité dépressive au cours de l'hospitalisation, Madame B présente un plus grand accès, même s'il est modeste, à sa vie psychique et au travail thérapeutique. Elle essaie de prendre une certaine distance vis-à-vis de ses relations affectives (père, mère, relations amoureuses) mais elle reste très « accrochée » et très dépendante. Au cours de l'hospitalisation, elle « *se fait séduire* » par un homme pour en partie combler son vide affectif. Aussi, son meilleur état psychologique n'est probablement que « manifeste et provisoire » et très certainement lié à son nouvel investissement objectal : sa nouvelle histoire amoureuse. Elle compte aussi sur le suivi psychologique pour étayer son vide affectif et les souffrances de son histoire; d'où son empressement et son intention de continuer un travail psychologique.

11.2 Les expériences d'attachement

11.2.1 Les expériences parentales

➔ Les représentations maternelles

Madame B raconte une enfance où elle estime n'avoir pas été suffisamment aimée et considérée par sa mère. Elle se sentait seule, délaissée, presque abandonnée, malgré des tentatives répétées de chercher de l'affection auprès d'elle. Elle exprime vivement cette distance maternelle : « *elle ne s'occupait pas de moi, j'étais livrée à moi-même, seule et sans affection. Je n'ai jamais pu partager avec elle ce que je vivais à l'école, au sport ou dans les loisirs* ». Madame B dit en vouloir encore aujourd'hui beaucoup à sa mère. Madame B explique que sa mère contrôlait son intimité psychique : « *quand j'étais enfant, ma mère me tenait en laisse, il fallait que je sois sage, je n'avais rien le droit de faire, de penser et de ressentir* ». Madame B a eu l'impression qu'il fallait uniquement correspondre à une image de « *fille sage, bien élevée, bonne à l'école, qui ne fait pas de bruits et qui ne dit rien* ». Madame B n'a pas eu l'impression d'exister en tant que personne à part entière. En conséquence, Madame B dit n'être qu'« *une enfant affectivement* » : elle considère n'avoir

pas su grandir et être face aux réalités de la vie. L'adolescence a donné lieu à des disputes avec sa mère chaque fois que Madame B demandait à sortir avec ses amis ou seulement de décider *a minima* de sa propre vie.

Madame B relate aussi des épisodes de violence physique et psychique. La référence aux coups de martinet infligés adolescente est récurrente pour décrire la relation maternelle : il est d'ailleurs le souvenir le plus vivace pour Madame B.

A l'âge adulte, les affects négatifs de Madame B à l'égard de sa mère sont encore vivaces : « *j'ai de la rancœur, parfois de la haine, ma mère pouvait être très mauvaise* ». Cependant, elle continue à chercher auprès d'elle de l'affection. Elle a une attitude ambivalente : « *ma mère est mauvaise* » tout en disant plus tard « *je veux qu'elle m'aime* ».

→ Les représentations paternelles

Lorsque je demande à Madame B de qualifier enfant sa relation avec son père, un seul mot est prononcé : l'absence. Quant aux sentiments éprouvés dans la relation, elle me répond négativement : « *des sentiments, il n'y en avait pas entre nous, d'ailleurs, c'était normal* ». Pourtant, elle m'explique que lorsque son père était à la maison le week-end, elle recherchait à maintes reprises du réconfort et de l'affection auprès de lui : « *je me mettais sur les genoux de mon père le week-end pour qu'il s'occupe de moi (...) j'allais aussi chercher le pain pour être avec lui mais il n'était pas démonstratif*. » Elle était confrontée à un père qui n'avait pas un comportement affectueux : « *malgré mes sollicitations, mon père restait froid et ne réagissait pas* ». Avec le recul de l'adulte, elle me dit que son père n'était pas à l'aise avec les émotions : « *les émotions, c'est quelque chose qu'il ne comprend pas ou qu'il ne peut pas comprendre, ça le fait presque fuir* ».

C'est en ne montrant pas son affection que Madame B s'est rapprochée de son père. A l'adolescence, Madame B l'aidait pour son entreprise : « *il me donnait du travail, je faisais de la comptabilité, je voulais faire plaisir à mon père, c'était certainement un moyen pour me rapprocher de lui* ». La reconnaissance et la fierté du père passaient par le travail : « *c'était par l'intermédiaire du travail que mon père me reconnaissait* ».

A l'instar de sa mère, Madame B a subi des violences par son père. Il arrivait à mon père de me frapper durant l'adolescence. Mais ces scènes de violence continuent encore alors qu'elle a 32 ans. En effet, Madame B raconte une scène récente (peu de temps avant l'hospitalisation) où son père a enfoncé la porte de son appartement parce qu'il ne supportait pas que Madame B ne réponde pas à son téléphone. Son père lui a ensuite mis plusieurs gifles lorsqu'il a pu entrer chez elle. Il est à noter qu'au cours d'un an de suivi thérapeutique, Madame B commence à se rappeler de scènes de violence de son père à son égard datant de l'enfance. Sa mère aurait été battue par son père durant cette période là. Ces épisodes occultés seraient confirmés par des membres de la famille maternelle.

Madame B s'est toujours demandée pourquoi ses parents ne s'investissaient pas affectivement pour elle. Elle pense avoir recueilli un début d'explication : *« j'ai questionné ma mère et ma famille, apparemment mes parents ont décidé de faire un enfant pour constituer une famille, mais ils ne désiraient pas avoir un enfant. Pour eux, avoir un enfant, c'était dans l'ordre des choses »*.

11.2.2 Les expériences amoureuses

Au début d'hospitalisation, Madame B est très préoccupée par sa rupture amoureuse. Elle dit ne pas comprendre cette rupture; elle pensait qu'avec son compagnon, ils allaient rapidement se marier et fonder une famille. Cette rupture a été un choc, elle a été vécue comme incompréhensible et imprévisible : *« il m'a rendu les clefs, il est parti, ce rêve de famille s'est cassé, je n'ai pas compris »*. Suite à cette rupture, elle dit avoir éprouvé de la douleur, un sentiment de vide, de solitude et des idées suicidaires importantes. C'est pour cette raison que son médecin a décidé de l'hospitaliser.

Il est à noter que l'histoire de Madame B est jalonnée de ruptures amoureuses, avec la plupart du temps un abandon de la part du conjoint. En outre, elle a l'impression que cela se répète, qu'elle est abandonnée une nouvelle fois. Madame B dit avoir de grandes difficultés à avoir une relation durable et à *« retenir »* ses partenaires amoureux.

En fin d'hospitalisation, Madame B est toujours extrêmement préoccupée par la relation amoureuse. Au cours de l'hospitalisation, elle a fait la rencontre d'un nouveau compagnon et cette relation est marquée par une inquiétude relative à l'abandon : *« va-t-il*

m'abandonner ou pas? ». Madame B dit aussi qu'elle ne trouve pas auprès de son nouveau conjoint l'attention affective qu'elle souhaiterait. Ces deux aspects de la vie amoureuse (l'inquiétude vis-à-vis de l'abandon et l'impression de ne pas recevoir de l'affection) sont exprimés chez Madame B et ce, quelle que soit la relation amoureuse.

11.2.3 Les expériences interpersonnelles actuelles

Au début d'hospitalisation, Madame B recherche du soutien et des relations de proximité avec les autres patients : « *je m'entends bien avec certaines personnes* ». Elles s'appuient sur les infirmières pour raconter son histoire affective et sa rupture actuelle. Quand je la rencontre, elle me dit qu'elle a besoin de parler, d'être suivie psychologiquement et pleure sans discontinuité. Pour Madame B, l'entourage hospitalier a pour fonction de ne pas la laisser seule et de faire en sorte qu'elle ne se sente pas seule.

En fin d'hospitalisation, Madame est toujours très en lien avec les personnes soignantes et les patients. Elle compte garder contact avec certains patients. Elle dit se sentir un peu plus à l'aise avec les autres. Cependant, si elle en exprime le besoin, il est difficile pour elle de se sentir toujours très sécurisée dans les relations sociales : « *je n'ai pas beaucoup confiance en moi lorsque je suis avec d'autres personnes* ». En revanche, les relations d'ordre professionnel sont perçues comme sans difficultés pour Madame B.

11.3 Analyse clinique et théorie de l'attachement

11.3.1 Les stratégies d'attachement

Madame B active conjointement et de manière importante une ***stratégie d'attachement détachée et une stratégie d'attachement préoccupée*** (évaluation prototypes Ca-mir). Aussi, elle présente paradoxalement une hyperactivation de l'attachement (*stratégie préoccupée*), marquée par un débordement des émotions et des pensées relatives à l'attachement et une désactivation de l'attachement (*stratégie détachée*), marquée au contraire par une répression des émotions et des pensées relatives à l'attachement. Cette inconsistance au niveau des stratégies d'attachement conduit à une désorganisation émotionnelle et psychique : comment

faire face à une situation affective lorsque nous faisons appel conjointement à des stratégies contradictoires? A l'instar de Madame A, nous avons affaire à un profil désorganisé puisque Madame B ne dispose pas d'une stratégie unique, donc cohérente et consistante, pour faire face aux situations affectives.

En ce qui concerne la relation à la mère, le système d'attachement est plutôt hyper-activé (stratégie préoccupée). La préoccupation s'exprime par des revendications affectives à propos du désamour et du rejet maternel dans l'enfance. Madame B dit que sa mère l'a « délaissée » et ne lui a pas donné l'affection nécessaire. Elle est liée également au contrôle de l'intimité psychique par la mère, ce contrôle ne permettant pas d'acquérir une autonomie psychique, une « *position d'adulte* » : « *je n'ai pas appris à grandir, il fallait que je sois sage et que j'écoute sagement mes parents* ». Madame B considère être restée une enfant, prisonnière des choix parentaux : « *je n'ai jamais pu faire mes expériences, ma mère ne me faisait pas confiance* ».

Madame B continue à l'âge adulte à être très préoccupée par la relation maternelle. Les affects liés à l'enfance vis-à-vis de la mère sont encore très vivaces (« *je suis en colère, je suis triste de cette vie affective avec mes parents quand j'étais petite* ») et le psychisme rumine encore ses souvenirs d'enfance (« *j'ai de la rancœur, du ressentiment, je n'ai pas été aimée* »). Nous constatons que le travail de deuil de l'objet d'amour maternel n'a pas été opéré. Madame B est débordée émotionnellement et les ruminations psychiques associées à l'attachement maternel ne permettent pas la distance affective nécessaire et le travail d'élaboration psychique. D'ailleurs, en se comportant encore en « *petite fille qui cherche à être consolée* » - avec moi aussi dans la relation transférentielle - elle montre qu'elle ne renonce pas à « *sa position infantile* » consistant à être dans l'attente vis-à-vis de sa mère d'affection, de considérations et de gratifications affectives.

En ce qui concerne la relation au père, le système d'attachement est désactivé (stratégie détachée). Madame B a été contrainte de se détacher affectivement de son père : « *mon père restait froid et indifférent lorsque je recherchais de l'affection auprès de lui* ». Ne répondant pas à ses demandes d'affection et de réconfort, Madame B a créé une autre relation avec son père, une relation-autre, une « *relation professionnelle* ». En effet, adolescente, elle a beaucoup aidé son père pour son travail (« *il me donnait du travail le week-end* »), ce qui lui a finalement permis de se rapprocher de lui et d'être reconnue et gratifiée. Aussi, pour

construire une relation avec son père, Madame s'est détournée de ses demandes émotionnelles et des pensées relatives à l'attachement paternel. Néanmoins, ce détachement a aussi une fonction de protection contre des souvenirs de rejet : *« je voulais que mon père me dise des mots « gentils » et me prenne dans ses bras, mais j'ai appris qu'il ne fallait pas le faire »*.

Dans ses relations amoureuses, Madame B a tendance à utiliser une stratégie préoccupée, c'est-à-dire à être débordée par ses émotions et être envahie de manière chronique par des pensées relatives à l'attachement dans le couple (m'aime-t-il assez? Va-t-il m'abandonner?). Elle montre une grande préoccupation et une grande difficulté à réguler ses expériences émotionnelles dans le couple. Cette stratégie préoccupée est aussi utilisée dans nos entretiens puisque nous assistons à une décharge des affects (Madame B pleure sans s'arrêter) et à une hyperactivation de pensées négatives à propos de l'attachement (*« je ne suis pas aimée, je veux qu'on m'aime, rassurez-moi »*).

Il est à noter que les scènes de violence parentales vécues par Madame B, en partie occultées par Madame B, « font le lit » d'un état d'esprit désorganisé-non résolu (échelles Camir). Cet état d'esprit est marqué par des difficultés quant à l'intégration même des souvenirs d'attachement au sein de l'appareil psychique. Madame B dit ne pas toujours se souvenir vraiment de la façon dont elle percevait les relations d'attachement dans l'enfance. Elle dit aussi n'avoir pas une idée toujours très claire de ses parents. En effet, certains aspects de l'attachement semblent être non représentés ou occultés chez Madame B. Il est à noter qu'un an après l'hospitalisation, Madame B commence à se rappeler des souvenirs de violence paternelle contre elle et contre sa mère ayant eu lieu dans l'enfance. Ces épisodes occultés sont confirmés par des membres de la famille maternelle.

11.3.2 Les styles d'attachement amoureux

Madame B présente en début d'hospitalisation des styles d'attachement amoureux (romantiques) insécurisés de type préoccupé (évaluation ECR-QEAA). Les styles d'attachement romantique de type préoccupé sont marqués à la fois par un faible évitement et une grande anxiété dans les relations amoureuses. Dans cette optique, Madame B hyperactive des représentations, des sentiments et des comportements fortement anxieux vis-à-vis du partenaire afin de rechercher auprès de lui l'intimité affective. Le style amoureux préoccupé

met en exergue la peur chronique d'être abandonné et non aimé par le partenaire. Face à cette insécurité amoureuse permanente, Madame B est contrainte psychologiquement d'envoyer des signaux d'attachement fréquents à l'égard du partenaire afin que celui-ci puisse également en renvoyer en retour pour être assurée de son amour.

L'histoire de Madame B est faite de ruptures amoureuses et d'abandons de la part de ses partenaires amoureux. Il est à noter que les hommes qu'elle rencontre recherchent une certaine légèreté dans les relations ou ne peuvent pas, à l'instar de ses parents, lui apporter l'affection nécessaire. Aussi, la déception est inévitable et l'histoire d'amour impossible. Elle souhaite que ses partenaires soient disponibles pour elle alors qu'elle investit des hommes qui ne s'engagent pas affectivement à l'image de son père. Pour Madame B, chaque nouvelle relation amoureuse active la même problématique : « *va-t-il partir ou rester avec moi ?* ». Vouloir à tout prix fonder une famille « *normalisée et comme tout le monde* » permet à Madame B de retenir le conjoint auprès d'elle et éviter qu'il s'en aille. Aussi, les comportements d'attachement de type préoccupé dans les relations amoureuses sont relatifs à cette crainte d'être de nouveau abandonné. Les menaces de tentatives de suicide auprès du partenaire montrent les « appels affectifs intenses » et les difficultés d'élaboration et de résolution des conflits amoureux. Aussi, la forte préoccupation et l'anxiété de Madame B conduisent à un débordement émotionnel ne pouvant pas être canalisé psychologiquement.

Nous n'observons pas d'évolution des styles d'attachement amoureux au cours de l'hospitalisation. En fin d'hospitalisation, Madame B présente également un style d'attachement romantique de type préoccupé. Elle éprouve de la même manière une grande anxiété et un faible évitement vis-à-vis des relations amoureuses malgré une certaine prise de conscience de son mode relationnel dépendant. D'ailleurs, pour combler le vide et le sentiment d'abandon, elle fait la rencontre d'un nouveau compagnon au cours de l'hospitalisation. Mais cette relation semble s'établir sur le même mode de fonctionnement : elle est très anxieuse vis-à-vis de cette relation (M'aime-t-il? Va-t-il m'abandonner? Va-t-il m'apporter l'affection dont j'ai besoin?) et a des difficultés à maintenir une distance affective (« *je veux être près de lui* ») et psychique (« *je n'arrive pas à penser à autre chose* »). La dimension évitante de l'attachement amoureux, particulièrement peu présente, ne lui permet pas de se détourner de cette relation trop chargée émotionnellement.

11.3.3 Les styles d'attachement interpersonnel

A l'instar du style amoureux, Madame B présente en début d'hospitalisation un style d'attachement interpersonnel insécurisé de type préoccupé (évaluation RQ). Selon Bartholomew et Horowitz (1991), ce style d'attachement interpersonnel renvoie à des modèles internes opérants de soi négatifs et à des modèles internes opérants d'autrui positifs ne permettant pas au sujet d'établir des relations interpersonnelles sécurisantes. Les personnes ayant ce style d'attachement interpersonnel préoccupé ont tendance à rechercher des relations de grande proximité affective avec autrui afin de pallier leur faible estime de soi. Néanmoins, ils sont inquiets qu'autrui ne les considèrent pas suffisamment et ne soient pas disponibles pour eux. L'analyse dimensionnelle des styles d'attachement montrent également un fort attachement craintif dans les relations interpersonnelles; ce qui signifie que Madame B n'arrive pas à avoir pleinement confiance en les autres et à peur d'être rejetée si elle tente de rechercher davantage de proximité affective.

Aussi, le suivi psychologique a montré au début de l'hospitalisation une grande dépendance et une recherche d'étayage, de réassurance et d'intimité affective. Cette recherche intense de liens affectifs est observée avec les soignants et certains patients. En outre, elle souhaite faire un travail thérapeutique pour remédier à cette « *préoccupation envahissante* ».

Nous n'observons pas au cours de l'hospitalisation un changement au niveau des styles d'attachement interpersonnel. En fin d'hospitalisation, Madame B présente également un style d'attachement interpersonnel préoccupé (évaluation RQ à T2). En effet, Madame B présente le même mode relationnel dans les relations interpersonnelles qu'au début de l'hospitalisation. Le seul aspect qui s'est modifié d'un point de vue clinique, c'est la prise de conscience progressive de ce mode relationnel spécifique (« *j'attends trop des autres affectivement, j'ai du mal à être seule* »). Dans l'analyse dimensionnelle, nous pouvons néanmoins noter que Madame B estime être davantage sécurisée dans les relations interpersonnelles en fin d'hospitalisation qu'au début d'hospitalisation (T1 : 0/7; T2 : 3/7) même si cette sécurité est loin d'être encore acquise.

CHAPITRE 5. DISCUSSION THEORICO- CLINIQUE

CHAPITRE 5. DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE

Nous discutons maintenant des implications théorico-cliniques des résultats de notre recherche selon trois axes. Le premier axe concerne les stratégies d'attachement des femmes déprimées et leur impact sur la perturbation de la régulation émotionnelle (hyper-activation des affects, difficultés de liaison entre affects et représentations). Le deuxième axe concerne les représentations insécurisées des liens d'attachement passés (parentales) et présents (amoureuses et interpersonnelles). Nous insisterons en particulier dans ce deuxième axe sur l'évolution des liens entre les styles d'attachement (amoureux et interpersonnel) et la dépression au cours de l'hospitalisation. Quant au troisième axe, il a pour rôle de discuter des caractéristiques d'attachement (stratégies, styles, représentations des liens infantiles) spécifiques des femmes déprimées ayant un trouble de la personnalité. Enfin, nous terminerons Le chapitre Discussion théorico-clinique en présentant les perspectives thérapeutiques et les limites de l'étude.

1. STRATEGIES D'ATTACHEMENT DES FEMMES DEPRIMEES ET PERTURBATION DE LA REGULATION EMOTIONNELLE

1.1 *Rappel des résultats*

Les résultats de notre recherche indiquent que les femmes déprimées présentent préférentiellement une stratégie d'attachement préoccupée (66%) et une plus grande stratégie d'attachement détachée par rapport au groupe témoin ($p < .05$) (sur un plan dimensionnel). Nos résultats montrent que les « états d'esprits d'attachement insécurisés », « préoccupés et non résolus », en début d'hospitalisation (T1) sont associés au maintien d'un niveau de dépression sévère en fin d'hospitalisation (T2).

L'observation de ces différentes stratégies d'attachement nous permet d'éclairer et d'intégrer différents aspects de la psychopathologie de la dépression en lien avec les perturbations de la régulation émotionnelle, ce qui nous amène à considérer et à développer plus spécifiquement certains points et hypothèses. Nous ferons ainsi un lien entre l'hyper-

activation des émotions propre à la stratégie d'attachement préoccupée et la notion de « troubles psychopathologiques internalisés » que l'on peut relier à la dépression. Puis, nous ferons l'hypothèse que les stratégies d'attachement détachées représentent des stratégies de nature défensive consistant à protéger les femmes déprimées contre l'irruption débordante de leurs émotions au sein du fonctionnement psychique. Enfin, dans la mesure où les stratégies d'attachement ne correspondent pas seulement à des stratégies de régulation émotionnelle mais aussi à des stratégies de traitement et d'élaboration de l'information de nature émotionnelle (Pierrehumbert, 2000), nous discuterons des liens entre les stratégies d'attachement insecure et les problèmes de mentalisation.

1.2 Stratégie d'attachement préoccupée chez les femmes déprimées et troubles psychopathologiques internalisés

Les résultats de notre recherche indiquent une prévalence de la stratégie d'attachement préoccupée chez les femmes déprimées. Ce lien important entre dépression et stratégie préoccupée est conforme à notre hypothèse de recherche. Il met en évidence la place centrale du vécu émotionnel dans la vulnérabilité dépressive de ces femmes et en particulier les difficultés à réguler et à canaliser de manière équilibrée l'excès d'affect ressenti et le débordement émotionnel. Dans leur majorité (66%), les femmes déprimées nous disent qu'elles sont envahies par leurs émotions et qu'elles n'arrivent pas à les canaliser ni à y faire face : *« je suis débordée, je n'arrive pas à contenir mes émotions, cela me met dans une situation de détresse, c'est insupportable »*. Ce débordement émotionnel peut s'exprimer selon diverses manifestations : la tristesse, les pleurs, la détresse affective avec souvent un appel à l'aide au clinicien et/ou la colère à l'égard des figures d'attachement (*« je suis en colère, j'en veux à mes parents de ne pas m'avoir aimée suffisamment, c'est très douloureux, aussi mes émotions sont vives, je n'arrive pas à me calmer »*). Par la présence de la stratégie préoccupée, nous retrouvons chez les femmes déprimées, les liens mentionnés par différents auteurs entre stratégie d'attachement préoccupée et les différentes pathologies psychiatriques où sont constatées une expression maximale des affects (Pionné & Atger, 2003) et une absorption forte du sujet par ses propres émotions (Fonagy, 2001). Ceci conduit pour Eagle, (1999) à un ressenti particulièrement élevé chez ces sujets de détresse affective et de souffrance psychique. En effet, dans d'autres psychopathologies (troubles alimentaires, addictions, troubles du comportement etc...) le ressenti de la souffrance psychique peut être

au contraire dénié, désactivé, exclu de la vie psychique ou exprimé au dehors, notamment dans le passage à l'acte et dans les différents troubles des conduites (Fonagy, 2001; Pionné & Atger, 2003). Pour ces auteurs, la pathologie dépressive comme la pathologie anxieuse sont associées à la stratégie préoccupée; elles font partie de ces pathologies marquées par l'envahissement des affects, l'hyper-régulation des émotions.

Mais à partir du discours des femmes déprimées, nous constatons que les émotions débordantes et non canalisables ne sont pas activées de manière isolée et sans lien avec les événements affectifs et l'histoire d'attachement. Elles sont rattachées à l'histoire vécue de ces femmes auprès des figures d'attachement et particulièrement aux vicissitudes de leurs vies affectives qu'elles estiment négatives, insatisfaisantes, marquées par peu d'amour, peu de chaleur et peu d'affection. Aussi, en deçà de l'affect débordant et non canalisable, les femmes déprimées semblent montrer et faire partager au clinicien leurs revendications affectives qui cachent un abîme affectif sans fond (« *Vous voyez, je n'ai pas été aimée, ma mère se fout de moi et pis mon compagnon, il s'est barré, aussi, comment voulez-vous que je sois bien, j'ai toujours déprimé, j'ai toujours ressenti de la douleur, de la souffrance mais c'est dans ma tête* »). Aussi, la clinique nous invite à associer le débordement émotionnel au débordement d'amour insatisfait, à ce souhait non réalisé et toujours présent d'être aimé et comblé affectivement par les figures d'attachement. En outre, à l'instar de Pierrehumbert *et al.* (1996), nous pensons que la colère, les dispositions haineuses, les émotions fortes et les revendications affectives retrouvées dans la stratégie d'attachement préoccupée dénotent plus fondamentalement une dépendance affective et relationnelle importante des femmes déprimées à l'égard des figures d'attachement (Pierrehumbert *et al.* 1996). Aussi, l'ambivalence amour/haine liée à la stratégie de type préoccupé n'est que l'illustration de cette dépendance et de cette impossibilité à se détacher affectivement et psychiquement de ses figures d'attachement, qu'elles soient d'ailleurs passées (figures parentales) ou actuelles (figures amoureuses) : « *Je hais mon copain alors que je suis folle de lui; c'est plus fort que moi; je déteste ma mère mais j'aimerais tant que ma mère m'aime, comment se fait-il qu'elle n'est pas venue me voir à l'hôpital alors que j'ai besoin d'elle, elle s'en fout...pourquoi ne vient-elle pas?* »

En outre, les émotions vives et débordantes des femmes déprimées sont en intrication étroite avec des représentations mentales envahies de manière incessante par les histoires d'attachement. C'est pourquoi, la stratégie préoccupée signifie, à la fois et de manière

complémentaire, un débordement émotionnel et un débordement de représentations à forte charge affective en lien avec les figures d'attachement (Pierrehumbert *et al.*, 1996). Les femmes déprimées ayant une stratégie préoccupée ont des difficultés à renoncer (« à faire le deuil ») à être un objet d'amour pour leurs figures d'attachement. Parallèlement, elles ne peuvent pas être autonomes affectivement et psychologiquement de leurs figures d'attachement, elles se sentent d'ailleurs, pour la plupart, infantilisées. Face à cette situation de dépendance affective à l'égard des figures d'attachement, les personnes préoccupées peuvent, à la place de la colère ou d'attitudes vindicatives, présenter des attitudes de passivité (Fonagy, 2001; Miljkovitch, 2001) et se soumettre aux objets d'amours et à leurs désirs pour ne pas être abandonnées et se sentir seules affectivement. Ces attitudes sont présentes dans notre population clinique, elles visent à se rapprocher de la figure d'attachement pour enrayer la détresse émotionnelle, le débordement de l'anxiété et des affects de tristesse. La stratégie préoccupée, par le débordement affectif, constitue un appel, un « signal du système d'attachement » (Bowlby, 1978 a, 1978 b, 1984) pour être aimé, réconforté et pour que l'objet d'amour réponde enfin à la détresse affective.

Il est à noter que, les résultats de notre recherche, montrant une association forte entre dépression et stratégie d'attachement préoccupée, confortent ceux de la littérature (Cole-Detke & Kobak, 1996; Dozier *et al.*, 1999; Miljkovitch *et al.*, 2005; Roseinstein & Horowitz, 1996). Sur une population de jeunes femmes adultes inscrites à l'Université (N=61), Cole-Detke et Kobak (1996) montrent la prévalence de l'utilisation de la stratégie d'attachement préoccupée (investigation des stratégies à partir de l'outil A.A.I) chez les femmes présentant un niveau élevé de symptômes dépressifs. En revanche, les femmes ayant des troubles du comportement alimentaire présentent davantage une stratégie insecure de détachement. En outre, ces femmes ont tendance au contraire à « désactiver » (à réprimer) leurs émotions, les besoins affectifs et à exclure de la conscience les représentations mentales à forte charge affective (Pionné & Atger, 2003). Pour Cole-Detke et Kobak (1996), les différentes stratégies insécurisées (préoccupées et détachées) renvoient à des expressions psychopathologiques distinctes. Par la notion de stratégies d'attachement, nous pouvons distinguer différents profils psychopathologiques : des psychopathologies marquées par l'hyper-régulation des émotions comme la dépression (stratégie préoccupée) et des psychopathologies marquées par la désactivation des émotions comme les troubles alimentaires (stratégie détachée). Pour ces auteurs, les stratégies préoccupées et détachées doivent être entendues comme des stratégies « défensives » du lien affectif. Aussi, elles conduisent à des expressions psychopathologiques

différentes. En ce sens, seule la stratégie sécurisée, par la régulation équilibrée des émotions et des expériences affectives est susceptible de protéger davantage le sujet contre le risque éventuel du développement d'une psychopathologie (Cole-Detke & Kobak, 1996; Dozier, 1999; Pionné & Atger, 2003).

Une investigation comparable à la nôtre, évaluant les stratégies d'attachement (outil Ca-mir, Pierrehumbert *et al.*, 1996) et l'intensité dépressive chez l'adulte (échelle BDI), Miljkovitch *et al.* (2005) met en évidence un lien entre la dépression et la stratégie d'attachement préoccupée auprès de 71 sujets âgés de 15 à 25 ans souffrant de symptomatologie dépressive. Dans cette même étude, ils observent, à l'instar de Cole-Detke et Kobak (1996), une relation significative entre les troubles alimentaires (26 sujets) et la stratégie insecure détachée. Ils concluent également que les différentes stratégies d'attachement permettent de distinguer les différentes psychopathologies à partir de la perturbation des émotions et de la régulation affective. Dozier *et al.* (1999), dans une revue de travaux, indiquent que la relation entre stratégie préoccupée et trouble de l'humeur, est particulièrement significative lorsqu'il s'agit d'une dépression unipolaire (épisode dépressif majeur ou dysthymie).

Conformément à notre recherche, ces différents résultats confortent l'idée que le modèle d'attachement, par l'intermédiaire de la *notion de stratégie* (Main, 1990; Cassidy & Kobak, 1988; Kobak *et al.*, 1993; Pierrehumbert *et al.*, 1996; Mikulincer, Shaver & Pereg, 2003), constitue une approche intéressante permettant de différencier les diverses psychopathologies, en fonction de la place des affects et des stratégies de régulation émotionnelle (Sroufe & Waters, 1977; Sroufe, 1996; Fonagy *et al.*, 1996; Dozier *et al.*, 1999; Fonagy, 2001; Pionné & Atger, 2003). Par la place accordée à la perturbation des affects, ces résultats mettent l'accent sur la dimension centrale de l'humeur et de son dysfonctionnement - donc sur l'aspect émotionnel et affectif - dans la pathologie dépressive. Ceci est en accord avec les définitions de la dépression dans les classifications internationales actuelles (DSM IV et CIM 10).

Néanmoins, l'activation débordante des émotions et la détresse affective des femmes déprimées de notre recherche manifestées par la stratégie préoccupée ne sont pas une expression psychologique isolée, elles sont en intrication étroite avec d'autres manifestations psychologiques comme les angoisses (vécu anxiogène intense, exacerbation, difficultés de

canalisation et de mise à distance des angoisses) et l'intériorisation des conflits psychiques au sein du fonctionnement mental (les conflits psychiques sont pris en charge et intensément ressenti par le sujet souffrant, ils ne sont pas déniés ou extériorisés dans les conduites ou les passages à l'acte). Aussi, ces différentes manifestations sont fortement interdépendantes car elles renvoient à une intelligibilité et à une organisation commune et cohérente des conduites psychiques et des troubles psychopathologiques. En effet, les patientes déprimées nous disent que si elles sont débordées affectivement, elles sont également et plus généralement prises, accaparées par leurs angoisses (« *je n'arrive pas à gérer mes angoisses, je suis trop angoissée, je n'arrive pas à respirer, j'ai une boule au ventre* »). Par ailleurs, ces angoisses sont associées à des spécificités psychiques marquées par une introspection douloureuse (« *j'ai trop mal, quand je réfléchis sur moi, sur ma propre vie, c'est douloureux* ») et par des difficultés à mettre à distance les conflits psychiques (« *je voudrais ne plus penser, oublier, n'être plus face aux difficultés, à cette souffrance que je ressens au fond de moi, je voudrais qu'elle disparaisse, que je ne ressente plus rien, mais c'est impossible* »). Aussi, il y a un lien chez les femmes déprimées entre l'hyper-activation des affects tels que l'angoisse (la stratégie préoccupée) et la gestion intériorisée de leurs propres conflits psychiques. Pour les femmes déprimées, l'impossibilité à se défendre et à se détourner (défenses psychiques non efficaces) de leur propre souffrance psychique, est la résultante à la fois d'affects intenses, d'angoisses non contenues et de conflits psychiques non résolus, non déniés donc, vécus intensément : « *Il y a trop d'affects, trop d'angoisses, aussi, je ressens une grande souffrance, je n'arrive pas à l'enlever je n'arrive pas à résoudre et à taire mes problèmes psychologiques, ils sont tout le temps là, ils m'envahissent* ». En outre, on ne peut isoler l'affect des autres dimensions de la vie psychologique comme les conflits psychiques, ils expriment et participent de manière intégrée à une même dynamique psychopathologique.

Cette dynamique spécifique, complexe et intégrée des affects, tels que l'angoisse et, des conflits psychiques, liée à la stratégie préoccupée et retrouvée chez les femmes déprimées, de notre recherche, peut être mise en correspondance avec la compréhension des troubles psychopathologiques dits « internalisés ». Les troubles psychopathologiques de type internalisé ont été définis initialement par Achenbach et Edelbrok (1978, 1983). Ces auteurs distinguent deux grands ensembles de troubles psychopathologiques en fonction du type d'expression de la souffrance psychologique et de la spécificité défensive (mais inopérante) de la résolution des conflits psychiques : *les troubles psychopathologiques internalisés et les troubles psychopathologiques externalisés*. Les troubles psychopathologiques internalisés

sont associés à des pathologies marquées par le ressenti d'une grande souffrance psychique à l'intérieur du moi (d'où internalisés) et l'expression « maximale » (non réprimée) d'angoisses et de détresses psychologiques et affectives. Les conflits psychiques sont intériorisés : ces conflits sont pris en charge par le moi du sujet au sein du fonctionnement psychique (« *je n'arrive pas à ne pas penser à ma mère, au mal qu'elle m'a fait, je le ressens encore intensément, j'ai trop mal, je suis angoissée, je n'arrive pas à mettre ça de côté, c'est tout le temps là, je n'arrive pas à passer à autre chose ou à faire comme si ça n'existait pas* »). Aussi, le conflit psychique n'est pas dénié, exclu ou déplacé à l'extérieur de la sphère mentale, c'est-à-dire dans le comportement, le passage à l'acte ou par l'intermédiaire de conduites addictives. Dans cette optique, les conflits psychiques sont vécus douloureusement et reconnus (conscience des difficultés affectives) par les sujets qui en souffrent. Pour ces auteurs, la dépression et les troubles anxieux sont les pathologies types des troubles dits « internalisés ». En outre, le rapprochement des pathologies dépressives et anxieuses au sein des troubles internalisés peut s'expliquer cliniquement par de nombreux points communs au niveau psychique et émotionnel (particulièrement l'anxiété généralisée) : manifestations émotionnelles douloureuses et excessives, la présence fréquente de symptômes anxieux dans la dépression (même si ce ne sont pas des symptômes fondamentaux mais des symptômes dits associés), les ruminations mentales et les préoccupations excessives liées à des problèmes affectifs. Ces points communs que nous évoquons sont conformes aux éléments psychologiques et affectifs retrouvés dans la stratégie préoccupée et la description des troubles internalisés. D'autres auteurs (Chabannes, 1995; Stein *et al.*, 1995) ont d'ailleurs fait le lien entre ces deux pathologies (insomnies, agitation, tensions internes) et ont montré une comorbidité importante, entre 20 et 50% (Axelson & Birmaker, 2001). En outre, de nombreux auteurs ont montré empiriquement le lien entre la dépression et les troubles psychopathologiques internalisés (Achenbach & Edelbrock, 1983; Cicchetti & Toth, 1991; Rubin *et al.*, 1991; Reynolds, 1992 ; Crittenden, 2004)

En revanche, les troubles psychopathologiques « externalisés » sont associés à des troubles dont l'issue du conflit psychique est extériorisée hors du moi, dans le passage à l'acte, les troubles impulsifs et les troubles du comportement. Concernant les troubles externalisés, Pionné et Atger (2003) parlent de « stratégies de fuite » de la souffrance psychique et des affects douloureux en déplaçant le conflit psychique en dehors de soi, dans les manifestations comportementales. Achenbach et Edelbrock, (1983) précisent que les troubles externalisés sont souvent évocateurs d'un manque de contrôle psychique du sujet et

d'introspection sur les difficultés psychologiques. Les troubles externalisés sont composés notamment de l'ensemble des troubles des conduites (notamment les troubles toxicomaniaques et les troubles des conduites alimentaires), des troubles impulsifs, des troubles de comportements anti-sociaux et des troubles ayant une composante agressive (Weisz & Weis, 1991; Weisz *et al.*, 1993).

Les théoriciens de l'attachement eux-mêmes, s'intéressant aux liens spécifiques entre la psychopathologie et les stratégies d'attachement, ont affiné et réélabore le concept de troubles internalisés/externalisés en prenant davantage en compte le rôle central de la régulation des affects (les différentes stratégies d'attachement) et de ses relations avec les angoisses, les manifestations et les conflits psychiques inhérents aux différentes psychopathologies (Rubin *et al.*, 1991; Cole-detcke & Kobak, 1996; Dozier *et al.*, 1999; Pionné & Atger, 2003; Backermans-Kranenburg & Van Ijendoorn, 2009). Pour ces auteurs, l'hyper-régulation des affects, relative à la stratégie préoccupée est en lien avec les spécificités des conduites psychiques des troubles internalisés (angoisse massive, ressenti élevé de la souffrance psychique puisque le conflit psychique est traité par le moi, au sein du fonctionnement mental). En revanche, la désactivation des affects, relative à la stratégie détachée est en lien avec les particularités psychologiques des troubles externalisés (les conflits psychiques sont évacués à l'extérieur du moi et du fonctionnement mental; cela conduit à une répression émotionnelle et à une tentative de résolution de l'angoisse par le recours au comportement, à l'impulsivité et/ou aux conduites alimentaires et addictives). Les résultats empiriques semblent aller dans le sens des hypothèses des théoriciens de l'attachement sur les liens entre *stratégies d'attachement (préoccupées/détachées)* et *troubles psychopathologiques internalisés/externalisés*, en particulier sur la dépression et les troubles alimentaires (Cole-Detke & Kobak, 1996; Roseinstein & Horowitz, 1996; Dozier *et al.*, 1999; Pionné & Atger, 2003; Miljkovitch *et al.*, 2005).

1.3 Dépression et complexité des réactions émotionnelles : entre hyper-activation et désactivation des stratégies d'attachement

Si la stratégie préoccupée est la stratégie d'attachement la plus fréquente chez les femmes déprimées, notre recherche indique la présence concomitante (observée en analyse dimensionnelle même si elle est moins importante) d'une autre stratégie d'attachement

significative au sein de ce groupe clinique : la stratégie détachée, marquée au contraire par la désactivation émotionnelle. Ce résultat est inattendu et n'est pas conforme à notre hypothèse de recherche qui considérait uniquement la stratégie d'attachement préoccupée comme facteur de vulnérabilité à la dépression.

En effet, dans notre groupe clinique, nous avons des femmes déprimées oscillant entre deux stratégies d'attachement contradictoires, ce qui renvoie à une instabilité et à une désorganisation émotionnelle : « *je suis accaparée par mes émotions; mes émotions vont dans tous les sens, je n'arrive pas à les contrôler et à les arrêter. Puis il m'arrive parfois de m'éloigner des autres pour me débarrasser de mes angoisses. Je cherche à oublier et à ne plus avoir à l'esprit les douleurs de ma vie, mais cela ne dure pas. En tout cas, c'est confus, ça me dépasse complètement, je peux passer à divers états émotionnels et à différentes attitudes avec les autres, me rapprocher ou m'éloigner d'eux pour ne pas souffrir* » (absence d'une stratégie émotionnelle spécifique). L'absence d'une stratégie d'attachement unique, même insécurisée (préoccupée ou détachée), conduit à un chaos affectif puisqu'il n'y a pas de cohérence dans la manière de réguler et de traiter les affects. Nous avons donc affaire à une incohérence dans le type de réaction émotionnelle ne permettant pas aux sujets déprimés de faire face et de s'adapter aux différentes expériences affectives. Si les femmes déprimées présentaient isolément une stratégie préoccupée, il y aurait une stratégie cohérente unique consistant à exagérer leurs besoins émotionnels pour favoriser le lien affectif (« *je suis débordée affectivement, je suis angoissée, j'ai besoin de me rapprocher, de me coller à toi* »). En revanche, la présence contradictoire de la stratégie détachée conduit les femmes déprimées à la fois à minimiser (stratégie détachée) et à maximiser leurs besoins émotionnels (stratégie préoccupée) donc à être fortement désorganisées et instables au niveau affectif. Malgré leur dépendance affective et leur fort ressenti émotionnel, les femmes déprimées de notre étude tentent tout autant de manière paradoxale à mettre à distance leurs besoins affectifs. Il est à noter que la présence concomitante de deux stratégies insécurisées (préoccupée et détachée) a déjà été mentionnée dans la littérature (Kobak *et al.*, 1993; Pierrehumbert *et al.*, 1996). Aussi, nous avons affaire à un profil clinique et émotionnel de type « insécure-désorganisé » dans le sens où il n'existe pas chez ces patientes une stratégie (d'attachement) de régulation émotionnelle unique et cohérente même insécure. En outre, ces résultats faits à la fois de maximisation (stratégie préoccupée) et de minimisation des émotions et des besoins affectifs (stratégie détachée) mettent en exergue à la fois la complexité et la dynamique des réactions émotionnelles des femmes déprimées. Les études de Fonagy *et al.* (1996) puis de

Backermans-Kranenburg et Van Ijendoorn (2009) sur les liens entre attachement et psychopathologie adulte avaient déjà mis en évidence la diversité et la complexité des réactions émotionnelles dans la dépression et dans d'autres psychopathologies comme les troubles des conduites (notamment les conduites toxicomaniaques), l'anxiété (Axe I, DSM IV) et les troubles de la personnalité (en particulier la personnalité borderline) (Axe II). Ces études montrent que s'il demeure toujours un lien entre la dépression et les stratégies d'attachement insécurisées, il n'y a pas toujours un lien spécifique et unique entre la dépression et la stratégie d'attachement préoccupée marquée par le débordement émotionnel.

Mais cette complexité de réactions émotionnelles, faites d'apparentes contradictions entre le débordement émotionnel (stratégie préoccupée) et la tentative de mise à distance des émotions (stratégie détachée), invite à formuler une hypothèse clinique quant à la fonction psychologique du détachement affectif chez les femmes déprimées alors qu'elles sont plutôt enclines à ressentir des émotions intenses, débordantes, incontrôlables et à exprimer une grande détresse affective ainsi qu'une forte souffrance psychique. Comment ces deux stratégies contradictoires peuvent-elles aller de paire et être comprises? Au regard de la clinique, des affects et des discours exprimés par les patientes déprimées, nous pouvons faire l'hypothèse que cette stratégie détachée est une stratégie de nature défensive consistant à protéger les femmes déprimées contre l'irruption débordante de leurs émotions au sein du fonctionnement psychique : *« Je lutte comme je peux dans ma tête, dans mon cœur pour mettre de côté mes angoisses, ce qui me fait souffrir et me rend triste. Je fais en sorte de ne pas ressentir d'émotions, c'est mieux comme ça. Mais le problème c'est que les émotions et les pensées douloureuses nous rattrapent souvent »*. Elles disent effectivement vouloir se défendre contre ces émotions insupportables et vouloir ne plus rien ressentir (*« je tente d'être morte affectivement, de me mettre à distance de tout ce qui peut me faire souffrir »*). Plusieurs auteurs (Carton & Jouvent, 1991; Jouvent & Carton, 1996; Chahraoui *et al.*, 2000; Fédida, 2001) confirment nos résultats et nos observations, partageant l'idée que les manifestations de détachement affectif du sujet déprimé ont un rôle défensif de « gel des affects », contre la souffrance et une douleur psychique intolérable. Concernant l'aspect défensif de la mise à distance des émotions, Carton (2006) considère que la réaction émotionnelle observée chez les sujets déprimés vise à restreindre la représentation et la conscience de l'information négative de nature émotionnelle. Ceci est en correspondance avec la fonction de la stratégie de détachement qui a pour objectif de mettre à distance à la fois les émotions et les informations de nature affective, négatives et douloureuses.

Néanmoins, l'intrication entre les stratégies, détachée et préoccupée, chez les femmes déprimées, ne permet pas d'enrayer efficacement la souffrance psychique et les affects intenses et douloureux. Autrement dit, la fonction défensive de la stratégie détachée est inopérante. En effet, dans notre groupe clinique, la présence de la stratégie détachée ne permet pas la répression émotionnelle. Elle est inefficace pour mettre un terme à la souffrance affective et aux représentations qui y sont associées puisque les femmes déprimées continuent à être préoccupées, à être envahies par leurs émotions : « *je n'arrive hélas pas à vivre sans être prise par mes émotions et mes pensées négatives* ». Pour Fraley & Shaver (1997), si la stratégie détachée n'est pas isolée mais associée à la stratégie préoccupée comme dans notre recherche, cela indique au contraire l'échec du détachement affectif et de la répression émotionnelle puisque malgré la tentative de désactivation émotionnelle, l'hyper-activation des émotions négatives subsiste de manière importante. En outre, nous pouvons effectivement considérer que la stratégie détachée est une stratégie défensive inopérante chez le sujet déprimé car cela ne l'empêche pas d'avoir accès à ses émotions, à ses angoisses et à ses représentations affectives. La présence importante de la stratégie préoccupée malgré la tentative de répression émotionnelle invite, à l'instar de Widlöcher (1983), à exclure l'idée d'une absence d'émotions chez les femmes déprimées, même si elles tentent de les mettre à distance pour mettre fin à leur souffrance psychique. Pour Widlöcher (1983), les affects et l'attachement subsistent même lorsque les sujets déprimés peuvent être en incapacité d'exprimer leurs émotions.

Il est à noter que les résultats de notre étude peuvent être spécifiques des particularités cliniques de notre échantillon qui pourrait ne pas être représentatif de l'ensemble de la population déprimée. En effet, dans notre population, nous avons exclu en amont de la recherche, les dépressions pouvant être rattachées à la psychose, les dépressions mélancoliques, les dépressions avec troubles psychotiques, bipolaires et les formes dépressives associées de manière importante à d'autres troubles psychopathologiques (notamment les différentes formes de conduites addictives).

L'exclusion de ces formes dépressives conduit certainement à ne pas retrouver une caractéristique affective souvent mentionnée dans la littérature dépressive : l'anhédonie. L'anhédonie renvoie, cliniquement, à une diminution (voire une disparition) de la capacité à éprouver du plaisir et, à une répression ou un fort déficit de l'expressivité émotionnelle (« *je*

ne ressens rien, je n'arrive plus/pas à éprouver des émotions ») (Ribot, 1896; Jouvent & Carton, 1996; Carton, 2006). La littérature indique d'ailleurs que 12 à 25% des sujets déprimés sont de type plutôt anhédonique (abaissement, déficit voire indifférence affective) (Hardy *et al.*, 1994; Young *et al.*, 1994) et que ce sous-groupe clinique est le plus souvent associé à la dépression de type mélancolique (caractéristiques DSM IV). En outre, dans l'anhédonie, le ressenti et le traitement de l'affect sembleraient davantage correspondre, cliniquement, à une stratégie de régulation émotionnelle spécifiquement détachée, c'est-à-dire marquée par la répression émotionnelle et par une forte diminution (voire exclusion) des représentations à forte charge affective. Aussi, nous pourrions faire l'hypothèse que les sujets ayant des formes dépressives mélancoliques ou de type psychotique, marquées par des caractéristiques affectives anhédoniques, peuvent être plus enclins à adopter une stratégie d'attachement de type détaché. Dans cette optique, si des études ultérieures le confirment, il pourrait exister des formes dépressives distinctes en ce qui concerne l'attachement et la régulation émotionnelle.

1.4 Dépression et déliaison entre affects et représentations

Les stratégies d'attachement insécurisées ne conduisent pas uniquement à des perturbations de la régulation émotionnelle, elles ont également un impact sur les capacités d'élaboration et de traitement psychique des informations de nature émotionnelle (Pierrehumbert, 2000). Pour Fonagy (2001), l'expérience de la sécurité d'attachement avec le donneur de soins permet à la fois d'expérimenter et de réguler ses affects mais aussi de réfléchir en conséquence sur ses propres états internes (que ce soit ses états affectifs ou ses états mentaux). L'expérience interactive affective puis, mentale, avec la figure d'attachement conduit à l'expérimentation en miroir de ses propres états internes (le ressenti affectif, les pensées et le sens psychique que le sujet assigne à ses propres expériences). Une régulation équilibrée des affects est nécessaire pour comprendre, intégrer et donner sens à ses propres expériences émotionnelles au sein du fonctionnement psychique. En outre, elle permet la métabolisation des affects, c'est-à-dire d'avoir un recul psychique nécessaire à la compréhension et à l'élaboration de ses affects.

Fonagy (2001) fait un lien entre les concepts de *liaison* et de *mentalisation* utilisés par les psychanalystes et le concept de *fonction réflexive* qu'il utilise au sein du paradigme de

l'attachement. Dans les deux cas, il s'agit de mettre à distance l'expérience affective immédiate pour atteindre l'expérience différée de la symbolisation psychique : par la symbolisation, le sujet dépasse le vécu émotionnel brut pour élaborer et mentaliser ses expériences affectives. Le terme freudien de liaison (1911) « *correspond à une opération tendant à limiter et à contenir le libre écoulement des excitations [des émotions] pour permettre d'élaborer et de lier les représentations entre elles sous une forme relativement stable* » (Laplanche & Pontalis, 1967, 2002, 221). Quant à la mentalisation, c'est un mécanisme par lequel le psychisme assure la régulation des énergies pulsionnelles inconscientes par la symbolisation et l'activité représentative. C'est par la mentalisation que les affects sont transfigurés en représentants symbolisés (Marty, 1991; Kreisler, 1992; Lecours, 2001). Quant à la notion de *fonction réflexive* de Fonagy et Target (1997), utilisée dans la théorie de l'attachement, elle est proche de la notion psychanalytique de mentalisation (Marty, 1991). En effet, la fonction réflexive est ce qui permet de concevoir, d'imaginer et de donner sens aux pensées, sentiments et attitudes des autres individus. Cette capacité permet, en miroir, de réfléchir sur ses propres conduites, sentiments et états mentaux. Gergely et Watson (1996) montrent que la fonction réflexive et les capacités de mentalisation sont intimement associées à une bonne régulation des affects. Nous pouvons alors émettre l'hypothèse selon laquelle l'excès d'affects et leur non canalisation au sein de l'appareil psychique peuvent constituer un frein à l'intégration et à la liaison de ces affects au sein des représentations mentales.

Cet excès d'affect non canalisé, insuffisamment élaboré, est associé à la stratégie préoccupée, stratégie d'attachement prévalente chez les femmes déprimées de notre recherche. Ce débordement et cette non régulation des émotions peuvent constituer un obstacle aux capacités de mentalisation. En effet, les femmes déprimées de notre étude se considèrent souvent absorbées de manière continue par leurs expériences affectives et disent qu'elles ont de grandes difficultés à élaborer, mentaliser, donner sens, intégrer et à se distancier de leur vécu émotionnel : « *Je n'arrive pas à comprendre ce qui m'arrive, à mettre des mots, à dire des choses sur mes expériences d'attachement, c'est confus, mélangé, c'est très difficile, je suis trop prise par mes émotions, ça va dans tous les sens* ». La clinique des femmes déprimées révèle des difficultés de mentalisation telles qu'elles sont définies par De Tychev (2001, 53) de la sorte : « *[une incapacité] à traduire en mots, en représentations verbales partageables les images et les émois ressentis pour leur donner un sens communicable, compréhensible pour l'autre et pour soi-même d'abord* ». Aussi, les entretiens

cliniques effectués auprès des femmes déprimées illustrent les difficultés à communiquer et à faire partager de manière intelligible leurs propres expériences affectives.

Des auteurs s'intéressant plus spécifiquement à la psychopathologie de la dépression ont déjà fait état des impasses dans la mentalisation et des difficultés de liaison entre affects et représentations (Klein, 1974; Lecours, 2001). Pour Lecours (2001), lorsqu'on parle de difficultés de mentalisation, on pense davantage et en priorité aux pathologies psychosomatiques qui sont des pathologies graves de défaut de mentalisation, puisque marquées par un désert psychique, affectif et représentationnel (Lecours, 2001). Cependant, pour cet auteur, les pathologies dépressives ne sont pas à l'abri de défaillances dans les capacités de mentalisation. Les difficultés de mentalisation chez les sujets déprimés renvoient pour Lecours (2001) à des affects intenses comme la colère et l'agressivité, qui sont mal intégrés et mal élaborés. Il est à noter que nous retrouvons dans la stratégie préoccupée, des affects forts comme la colère, l'agressivité mais aussi l'angoisse : la colère vis-à-vis des figures affectives insuffisamment aimantes, l'agressivité à leur rencontre qui cache une relation de forte dépendance, et l'angoisse d'être abandonnée ou de ne pas être aimée. Ces affects ne permettent pas de prendre des distances affectives et psychiques. A l'âge adulte, les sujets ayant une stratégie préoccupée évoquent encore et avec des émotions intenses les douleurs et frustrations affectives de leur enfance.

La littérature psychanalytique par l'intermédiaire de Mélanie Klein (1974) avait déjà mis en exergue un lien spécifique entre la pathologie dépressive, les affects intenses liés à la douleur dépressive et les failles dans la mentalisation et l'élaboration psychique. Pour Mélanie Klein (1974), dans les pathologies dépressives, il y a des difficultés à se représenter, à élaborer et à reconnaître psychiquement les affects dépressifs. Elaborer la position dépressive, c'est ne plus subir les affects purs et intenses marqués par l'agressivité et la destruction, c'est pouvoir au contraire élaborer et reconnaître la tristesse ainsi que les angoisses de séparation. Fonagy (2001) fait également le lien entre la mentalisation, la fonction réflexive et la position dépressive décrite par Mélanie Klein (1974). Pour Klein, sortir de la pathologie dépressive, c'est intégrer et métaboliser psychiquement les affects dépressifs, donc être en mesure de faire le lien entre les affects dépressifs et leurs représentations. Chabert (2005) plus récemment a confirmé cette relation entre la clinique dépressive marquée par un plus ou moins grand accès à la position dépressive et les difficultés de liaison entre affects et représentations : « *dans le cadre des problématiques dépressives, [nous sommes face à] l'émergence d'une sensibilité*

excessive (...). Ce qui caractérise par ailleurs la position dépressive dans ses traductions cliniques, c'est qu'avec son accès, la liaison entre affects et représentations se met en place » (Chabert, 2005, 30-31).

Le constat de Chabert (2005) conforte notre clinique et permet de faire apparaître des degrés divers de niveau de mentalisation au sein même *du groupe de femmes déprimées*. Dans notre population clinique, toutes les femmes déprimées n'avaient pas les mêmes difficultés de mentalisation. Certaines femmes déprimées présentaient des failles importantes de mentalisation que nous avons observées au cours des entretiens cliniques et grâce à l'évaluation du niveau « état d'esprit d'attachement », au Ca-mir; ce niveau permet de mettre en évidence les capacités d'intégration et de réflexivité des histoires d'attachement et des affects qui y sont associés. Ainsi, les femmes déprimées de notre étude qui avaient des capacités de symbolisation reconnaissaient leurs affects dépressifs et tentaient de leur donner un sens et de les intégrer de manière cohérente au sein de leur histoire de vie et, avec un certain recul, même si cela était douloureux : *« Je sais que ma dépression, c'est à chaque fois que je suis abandonnée car j'ai besoin d'amour. Ma mère ne s'est pas occupée de moi, en tout cas c'est ce que je ressens et ce que je pense, et mon père était jamais là et j'ai toujours l'impression qu'il fallait que je sois rassurée, peut être plus que les autres. Aussi avec mes compagnons, j'ai peur d'être laissée, vous comprenez c'est plus fort que moi. Ils finissent par partir car je suis trop jalouse, j'en demande trop, et j'ai tout le temps besoin qu'ils me disent qu'ils m'aiment, c'est comme ça. Mais j'ai envie de m'en sortir, de comprendre encore plus pourquoi je suis profondément triste, pourquoi je suis comme ça, pourquoi ma vie est comme ça »*. En revanche, d'autres femmes déprimées de notre recherche montraient des failles dans l'élaboration psychique et dans la compréhension psychique de leurs affects dépressifs : *« Je suis mal... je ne sais pas... vous me demander pourquoi je vais mal? Je suis agressive, j'en veux à tout le monde, à mes parents, à ma famille, à mon compagnon, j'ai de la colère, j'ai envie de tout casser, de partir, d'oublier, la vie est moche de toutes façons, j'arrive même plus à pleurer, je sais même plus ce qui me rend triste »*.

Il est à noter que la présence d'un passage à l'acte suicidaire chez les femmes déprimées semble être caractéristique d'une plus grande faille dans les capacités de mentalisation. En effet, nos résultats indiquent un niveau de stratégie d'attachement insécure préoccupé plus important chez les sujets déprimés ayant fait un passage à l'acte suicidaire que chez les sujets déprimés sans passage à l'acte. Cette observation indique que le passage à

l'acte suicidaire chez les femmes déprimées est lié à une plus grande difficulté à gérer les affects intenses et à lier ensuite affects et représentations. Les caractéristiques cliniques et affectives du sujet déprimé suicidant (Apter *et al.*, 1990; Farmer, 1987; Khan *et al.*, 1988) comme l'impulsivité, les affects intenses et la souffrance intolérable et non contenue nous invitent à penser que la tentative de suicide correspond à un « court-circuit psychique », à un échappatoire, à une tentative de fuite (Jeammet & Birot, 1994) qui viendrait résoudre ce que le fonctionnement psychique n'est pas en mesure de canaliser et de prendre en charge. A défaut de pouvoir prendre en charge psychiquement et élaborer les affects (et donc de mentaliser), le passage à l'acte peut sembler alors être la seule issue possible à la souffrance morale du sujet déprimé. Cette hypothèse va dans le sens de celle de Jeammet (1994, 2007) dans l'explication psychopathologique qu'il donne du passage à l'acte suicidaire : le passage à l'acte suicidaire est lié à un conflit psychique non suffisamment représenté et figurable dans l'appareil psychique. Dans ce cas, le fonctionnement psychique est dans l'incapacité de jouer le rôle d'« *élaboration et de contention psychique* ». Les sujets déprimés ayant fait un passage à l'acte suicidaire disent « *qu'ils avaient trop mal, qu'il y avait trop de souffrance, impossible d'en dire, d'en penser quelque chose, il fallait en finir, il fallait que ça s'arrête* ».

Nous pensons ainsi, que les capacités d'élaboration psychique, de liaison et de mentalisation des expériences affectives (et donc des expériences d'attachement) constituent un facteur de résilience dans l'évolution de la dépression. En effet, nos résultats, portant sur l'état d'esprit d'attachement en lien avec l'évolution du niveau de dépression, indiquent que les femmes déprimées qui présentent une diminution de leur niveau de dépression en fin d'hospitalisation (T2) (passage d'un niveau de dépression sévère à T1 à un niveau de dépression faible ou modéré à T2) sont les femmes déprimées qui avaient en début d'hospitalisation un « état d'esprit d'attachement moins *préoccupé* et moins *non résolu* » que les autres femmes déprimées. Aussi, les états d'esprit d'attachement préoccupés et non résolus sont des facteurs de vulnérabilité, conduisant au maintien d'un niveau de dépression sévère en fin d'hospitalisation. La présence d'un *état d'esprit préoccupé* au Ca-mir signifie que les sujets, absorbés constamment par leurs affects, ruminent et sont « collés », sans recul, à leurs histoires d'attachement. Manquant de distance affective, ils ont des difficultés à intégrer, et à élaborer de manière adéquate leurs expériences d'attachement. Quant à l'état d'esprit *non résolu*, il renvoie à des failles encore plus importantes dans les capacités d'élaboration, d'intégration et de mentalisation des expériences d'attachement pouvant conduire à des occultations d'épisodes de la vie infantile. Ces failles importantes du fonctionnement mental

sont souvent associées à des expériences passées faites de traumatismes ou de mauvais traitements (Pierrehumbert *et al.*, 1996). Par leurs excès et leur intensité traumatique, ces expériences sont dites « non résolues », c'est-à-dire particulièrement difficiles à verbaliser, à élaborer et à mentaliser (Fonagy *et al.*, 1995; Pierrehumbert *et al.*, 1996). Chez les femmes présentant un état d'esprit non résolu au Ca-mir, les souvenirs de leurs relations affectives ainsi que les émotions qui y sont associées, sont souvent occultés. En outre, la trame narrative des récits des épisodes de leur histoire affective est discontinue, incomplète, inachevée et manque de liens et d'intégration logique entre les épisodes. Ainsi, dans cette situation, les femmes déprimées dont l'état d'esprit d'attachement est non résolu, ont de grandes difficultés pour élaborer leurs expériences affectives.

2. DEPRESSION ET REPRESENTATIONS INSECURISEES DES LIENS D'ATTACHEMENT

2.1 Rappel des résultats

Nous rappellerons ici les résultats concernant la nature des représentations des liens d'attachement (parentaux, amoureux et interpersonnels). Les femmes déprimées présentent *des représentations insécurisées des liens d'attachement*. Concernant les représentations parentales passées insécurisées, ce sont les expériences de *préoccupation* et de *non résolution* (Ca-mir) qui sont les plus associées à l'intensité de la pathologie dépressive. Quant aux styles d'attachement amoureux et interpersonnels insécurisés, c'est davantage *le style d'attachement craintif* (niveau élevé des dimensions d'anxiété et d'évitement) qui est lié à la symptomatologie dépressive. Il est à noter que nous observons des relations significatives dans notre groupe clinique entre les représentations d'attachement issues des relations parentales (Ca-mir) et les représentations d'attachement actuel, amoureux et interpersonnel (ECR, RQ).

Concernant les liens entre *l'évolution de la dépression* (BDI, Madrs) et *des styles d'attachement actuels* (amoureux et interpersonnels) entre le début et la fin de l'hospitalisation (T1-T2), notre recherche fait état d'une relation significative entre la diminution de la dépression et l'augmentation de la sécurité d'attachement interpersonnel. En

revanche, nous n'observons pas de relations significatives durant cette même période (T1-T2) entre l'évolution de la dépression et l'évolution des styles d'attachement romantiques (amoureux) qui restent très stables.

2.2 Dépression et représentations d'attachement insécurisées des expériences infantiles

2.2.1 Dépression et représentations d'attachement préoccupées des expériences infantiles

Notre recherche indique que les femmes déprimées de notre recherche présentent de manière importante des représentations d'attachement infantiles de nature insecure-préoccupée (facteur psychologique contribuant à 14,9% du niveau de dépression selon l'analyse de régression multiple pas à pas). Ces résultats sont conformes à notre hypothèse de recherche. Chez les femmes déprimées, la présence forte de représentations infantiles de type préoccupé renvoie à l'association deux grandes caractéristiques cliniques : d'une part, la focalisation psychique excessive (ruminant mentale) sur les expériences et les souvenirs négatifs portant sur les relations infantiles avec les figures parentales; d'autre part, la dépendance affective, mêlée d'affects intenses et ambivalents (colère, agressivité, passivité), que les femmes déprimées continuent de porter à l'encontre des figures parentales malgré la distance temporelle (conflits psychologiques vis-à-vis des parents qui restent présents, vivaces et non canalisés à l'âge adulte).

En effet, les femmes déprimées se focalisent de manière excessive sur les souvenirs, aléas, histoires et conflits ayant eu lieu dans l'enfance avec les parents; aussi, elles sont prises et accaparées par des quantités importantes et débordantes d'informations négatives. Mais, ce maintien dans la sphère psychique de cette quantité excessive et débordante d'informations à l'égard des expériences parentales passées a un inconvénient majeure : il empêche de généraliser, d'intégrer et de faire un travail psychique distancié sur le contenu et l'appréciation des expériences passées. En outre, malgré le rappel de nombreux souvenirs spécifiques et souvent négatifs, il persiste de sérieuses difficultés dans la capacité à lier les représentations entre elles et à caractériser de manière claire et généralisée les relations passées avec les figures parentales (Bretherton, 1990). Aussi, le discours des femmes déprimées « tourne en rond », passe d'un souvenir à l'autre et ressasse en permanence des

souvenirs négatifs, dispersés et débordants sur les échecs et les frustrations affectives de leur relation avec leurs parents : « *je pense sans arrêt à mon enfance, à mes parents...on ne s'occupait pas de moi, ... je me rappelle d'une histoire où elle m'a laissée chez la nourrice...une fois, elle m'a dit qu'elle ne m'aimait pas, vous vous rendez compte, j'ai pleuré... je veux que ma mère m'aime... elle me manque... un jour, elle m'a fait une surprise, on est allé dans un grand parc animalier, on a vu des animaux, j'ai fait des manèges, c'était chouette... on était proche, y avait de l'amour... ma mère s'en fout de moi, j'ai trop de peine, j'aimerais qu'elle me prenne dans ses bras... elle ne me câlinait pas souvent... ».*

Cette forte imprégnation psychique des souvenirs parentaux passés sont la conséquence toujours présente de l'intensité de l'investissement et de la dépendance affective que les sujets déprimés-préoccupés continuent d'éprouver en tant qu'adultes vis-à-vis des objets parentaux. Cet investissement et cette dépendance à l'égard des figures parentales sont exprimés à partir de différentes caractéristiques affectives et relationnelles (Main *et al.*, 1985; Fonagy, 1991; Pierrehumbert *et al.*, 1996) : la colère, l'agressivité, l'ambivalence, la frustration affective et/ou la passivité. La colère et l'agressivité non contenues et adressées aux parents expriment le sentiment de frustration et de dépendance affective. S'ils en veulent aux parents, c'est de ne pas les avoir suffisamment aimés, désirés ou préparés aux réalités de la vie. Aussi, cette colère n'est qu'en apparence, un rejet des parents, il est plus fondamentalement un message, un appel à une plus grande considération affective. Ces sujets attendent encore que les parents « pansent les plaies affectives » de leur enfance. Quant à l'attitude passive des femmes déprimées, elle est liée à la volonté de se conformer de manière excessive aux désirs parentaux afin de pouvoir être aimé et considéré. Dans tous les cas, qu'elles soient exprimées par des sentiments ou des attitudes de colère ou/et de passivité, ces manifestations révèlent plus profondément la difficulté pour les femmes déprimées à renoncer et à faire le deuil des objets parentaux. Elles attendent encore à être considérées et aimées. En conséquence, cette préoccupation infantile est associée à des conduites d'infantilisation, révélatrices d'un manque d'autonomie affective et psychique (Pierrehumbert *et al.*, 1996). Les personnes déprimées expriment d'ailleurs ce sentiment « d'infantilisation » : sentiment que les parents ne les ont pas conduites à être adultes et autonomes, c'est-à-dire aptes à se confronter seules, en sécurité et avec une anxiété moindre, aux aléas, contraintes et responsabilités de la vie adulte.

Le lien entre la dépression et les représentations infantiles préoccupées est conforme à notre hypothèse de recherche et aux travaux de la littérature (Roseinstein & Horowitz, 1996; Cole-Detke & Kobak, 1996; Miljkovitch *et al.*, 2005). De plus, il est important de noter que nos résultats sont similaires avec ceux de Miljkovitch *et al.* (2005) qui ont utilisé la même méthodologie que la nôtre (utilisation des échelles Ca-mir pour investiguer les représentations des expériences d'attachement passées). En effet, pour Miljkovitch *et al.* (2005), ce sont davantage les représentations infantiles de type préoccupé qui sont liées à la symptomatologie dépressive. Quant aux autres études mentionnées (Roseinstein & Horowitz, 1996; Cole-Detke & Kobak, 1996; Miljkovitch *et al.*, 2005), elles ont retrouvé les mêmes résultats mais en investiguant les représentations de l'attachement infantile avec l'A.A.I (Main *et al.*, 1985).

Les caractéristiques de la préoccupation parentale passée, marquées par la dépendance, les dispositions haineuses (agressivité, colère), le manque et la frustration affective parentale, font écho aux travaux psychanalytiques d'Abraham (1911, 1924) en ce qui concerne la dépression de l'adulte. Dans ses premiers écrits, Abraham (1911) associe dépression, dépendance, désamour parental et dispositions haineuses. Il lie la dépression de l'adulte au sentiment de ne pas avoir été aimé par sa figure maternelle. Suite à ce désamour et à cette frustration affective, l'objet maternel devient aussi un objet affectif ambivalent qu'on « agresse » et qu'on « attaque » (dispositions alors haineuses à son égard) pour pallier au préjudice narcissique originaire, marqué par le sentiment d'absence d'amour et d'abandon. En 1924, il considère que les caractéristiques de dépendance affective à l'égard des parents des sujets déprimés renvoient à une *fixation au stade prégénital oral* (stade renvoyant à un état de dépendance absolue de l'enfant vis-à-vis de l'objet maternel, aussi le manque et la séparation d'avec l'objet maternel ne peuvent être élaborés) *et aux expériences précoces difficiles avec la mère.* Quant aux composantes agressives et haineuses du sujet déprimé vis-à-vis des figures parentales, elles renvoient aux pulsions agressives du stade prégénital anal ou sadique oral. En outre, à l'instar des caractéristiques psychologiques de l'attachement préoccupé infantile, nous retrouvons dans les travaux d'Abraham (1911, 1924) l'ambivalence affective du sujet déprimé (amour/haine/dépendance) à l'égard des figures parentales.

Par ailleurs, de nombreux auteurs montrent que les dimensions psychologiques de la dépendance et de l'oralité sont fréquemment retrouvées dans la psychogénèse des dépressions (Boyce *et al.*, 1990; Hirschfeld *et al.*, 1983; Lam *et al.*, 1996; Perris *et al.*, 1984; Skodol *et al.*, 1996). Récemment, Sarramon *et al.* (1999) confirment empiriquement *le lien entre la*

dépression, la dépendance affective et les autres caractéristiques orales marquées par la passivité, l'avidité et l'immaturation affective. Par ailleurs, Finzi-Dotan *et al.* (2004) décrivent l'attachement préoccupé d'une manière comparable aux auteurs qui évoquent les caractéristiques orales associées à la pathologie dépressive. Ils associent la préoccupation à des caractéristiques de dépendance, d'immaturation et de frustration affective mais aussi à un manque de différenciation psychique entre soi et l'autre; en d'autres termes, le sujet préoccupé est dans la fusion et « incorpore » les relations affectives. En les incorporant au lieu de les intérioriser et de les élaborer, le sujet préoccupé peut difficilement se dégager des relations parentales et de ses enjeux affectifs.

2.2.2 Dépression et représentations d'attachement non résolues des expériences infantiles

A l'instar des représentations d'attachement infantile de type préoccupé, nos résultats mettent en évidence un lien entre la dépression et les représentations d'attachement infantile de type *non résolu* (ce facteur explique 17,4% du niveau de dépression selon l'analyse de régression multiple pas à pas). Ce résultat est concordant avec des études de la littérature qui ne montrent pas de liens uniques entre la dépression et les représentations d'attachement infantile de type préoccupé (Fonagy *et al.*, 1996; Backermans-Kranenburg & Van Ijzendoorn, 2009). Pour Fonagy *et al.* (1996) et Backermans-Kranenburg & Van Ijzendoorn (2009), la dépression peut également être associée à des représentations infantiles de type *désorganisé non résolu*.

Les représentations non résolues renvoient à des expériences traumatiques pouvant considérablement mettre en jeu la sécurité, l'intégrité et la santé psychique de l'enfant puis de l'adulte qu'il deviendra. Il peut s'agir d'épisodes où le sujet a subi dans son enfance de la maltraitance, de la violence (physique ou/et psychique), de l'abus, du rejet, infligés le plus souvent par les figures parentales. Il peut s'agir aussi d'expériences de perte parentales, ou de menaces continuelles de séparation, de placements, de ruptures de liens familiaux. L'enfant est alors dans un « état de chaos psychologique et physique » : il est « effracté » dans son intégrité physique, psychique et corporelle; il a peur, il est effrayé par sa figure d'attachement qui est censée lui apporter de l'affection et un sentiment de sécurité. Selon Miljkovitch (2001), ce sont les expériences traumatiques passées d'abus, de perte et de séparation qui sont

les plus retrouvées chez les sujets ayant des expériences passées non résolues (Miljkovitch, 2001). Pour Lyons-Ruths *et al.* (1999), la présence d'une désorganisation non résolution passée de l'attachement est fonction à la fois de la qualité des relations d'attachement et de la « gravité » du traumatisme. En effet, s'il n'y pas de traces de trauma ou si les expériences traumatiques ne sont pas d'une intensité débordante, les relations insécures avec les parents restent davantage organisées. Ces auteurs estiment alors que cela constitue un facteur de risque moins important contre la défaillance relationnelle, le défaut de mentalisation et la survenue de troubles psychiatriques. Pour Holmes (1998), la douleur traumatique issue des expériences de non résolution passée est telle qu'elle ne peut être contenue, ce qui conduit à des difficultés à pouvoir élaborer l'histoire traumatique à l'âge adulte.

Les femmes déprimées de notre recherche évoquent des relations particulièrement « désorganisatrices » et « violentes » avec leurs figures d'attachement. Certaines d'entre elles ont effectivement subi des violences physiques et des abus sexuels de la part de leurs parents ou de leur entourage proche. Les femmes déprimées évoquent aussi leurs ressentis et le climat de « peur » vis-à-vis de leurs figures d'attachement. Tout ceci est d'autant plus désorganisateur que malgré le traumatisme subi, les femmes déprimées ont cherché de l'affection auprès de leurs parents. Dans cette optique, pour Main & Hesse (1990), les expériences infantiles de *désorganisation non résolution* sont des expériences de peur et de « paradoxalité » remontant aux premières années de l'enfance; le sujet y serait placé dans un paradoxe absolu insoluble, il ne sait pas s'il doit ou non se rapprocher de sa figure d'attachement pour se faire réconforter, parce qu'elle est à la fois source de peur et source de sécurité. De nombreuses études ont d'ailleurs montré un lien entre la dépression de l'adulte et des expériences passées de maltraitance, de sévices et d'abus sexuels (Caspi *et al.*, 2003; Goodman & Gotlib, 1999; Grover *et al.*, 2007; Hardy *et al.*, 2003; Parkes, 1991; Weiss, 1999).

Pour autant, il est à noter que dans la littérature évoquant les liens entre la psychopathologie et « l'attachement infantile », la pathologie dépressive ne semble pas être une pathologie unique et spécifique associée à l'attachement *désorganisé* ou *non résolu passé*. L'attachement non résolu (ou désorganisé), par son impact fortement traumatique, est en effet considéré comme un facteur de vulnérabilité particulièrement significatif et aggravant de l'ensemble des psychopathologies et de leur évolution (Fonagy *et al.*, 1996; Dozier *et al.*, 1999; Lyons-Ruths *et al.*, 1999). En tous cas, ce résultat nous invite à investiguer davantage

les événements de vie précoces du sujet déprimé et ensuite pouvoir les mettre en mots et en sens pour limiter voire réduire autant que possible leur aspect traumatique. Par cette désorganisation passée, les sujets déprimés sont coupés de leur histoire et l'occultent pour ne pas avoir à revivre à nouveau les expériences traumatiques.

Cependant, nous pouvons dire que la présence de représentations d'attachement infantiles *insécurisées (préoccupées et non résolues)* chez les femmes déprimées confirme l'hypothèse initiale de Bowlby (1984) qui considère que *la dépression de l'adulte est le fruit de l'intériorisation, au sein de ses modèles de représentations (modèles internes opérants) d'expériences infantiles insécurisées*. En effet, pour Bowlby (1984), les expériences infantiles d'insécurité, d'indisponibilité et/ou de rejet des figures parentales participent à la construction chez le sujet déprimé de modèles internes opérants négatifs de soi, « renvoyant à l'incapacité d'être aimé » et de la figure d'attachement, « *comme susceptible d'être indisponible et rejetante* ». Ce sont alors ces modèles internes opérants négatifs, issus de ces expériences passées insécurisées avec les figures d'attachement, qui constituent un facteur de vulnérabilité à la pathologie dépressive de l'adulte.

2.2.3 La place spécifique du père dans les représentations d'attachement des femmes déprimées : le détachement affectif.

Il nous a semblé important ici de discuter de nos observations cliniques qui montrent une place spécifique de la représentation paternelle chez ces femmes déprimées. En effet, le père était associé souvent à une figure distante, lointaine, voire absente ou peu encline à l'échange affectif et à l'expression des sentiments. Pour autant, ces femmes disent avoir recherché de l'affection et de l'attention auprès du père. Certaines d'entre elles se rappellent avoir sollicité leur père très jeune pour qu'il s'occupe d'elles et chercher du réconfort; mais leur père ne répondait pas à l'appel. Elles peuvent finir par trouver cela « normal », « *c'est comme ça, il ne sait pas exprimer ses sentiments* », ou elles peuvent avoir l'impression d'être rejetées, « *il ne m'aime pas de toutes façons, il fait comme si je n'étais pas là, c'est comme ça, il est occupé ailleurs, il ne me protège pas* ». D'ailleurs, lorsque les femmes évoquent leurs expériences passées, elles évoquent davantage leur relation avec leur mère, très investie, mêlée d'affects intenses ambivalents, de colère, d'anxiété, d'amour, de désamour et de peur

de l'abandon. Le père passe le plus souvent au second plan dans le discours des patientes en ce qui concerne le registre affectif. Il est renvoyé au vide affectif ou à une relation marquée par le détachement affectif. *Aux vues de ces observations, nous pouvons penser que les sujets déprimés ont développé auprès de leur père, des représentations infantiles de type plutôt détaché. En d'autres termes, les femmes ont appris, devant le refus apparent de réconfort affectif du père, à désactiver leur système d'attachement (adoption d'une stratégie détachée = stratégie de désactivation du système d'attachement).* Ce n'est qu'une hypothèse de travail, d'autant qu'il est possible que cette distinction mère/père ne soit pas spécifique au groupe déprimé. Seule une étude ultérieure systématisée pourra répondre à cette question.

Il faut néanmoins préciser que le modèle d'attachement ne favorise pas une investigation spécifique du père pour deux raisons : la première est que la question de la spécificité du rôle paternel dans le développement de l'enfant est peu posée par les premiers théoriciens de l'attachement; la seconde est qu'il est souvent considéré que c'est la mère qui constitue la figure d'attachement principale voire unique (vision dite « monotropique » de l'attachement) (Bowlby, 1984; Main *et al.*, 1985). D'ailleurs, Miljkovitch et Pierrehumbert (2005), à partir d'une revue de différentes études, notent un impact plus important de la mère dans la transmission des modèles d'attachement. Ce sont les représentations d'attachement de la mère qui sont le plus susceptibles de ressembler aux représentations d'attachement du sujet. Miljkovitch *et al.* (1998) ont montré une association significative entre la sécurité d'attachement d'un enfant (évaluée à partir d'une épreuve de compléments d'histoire) et la présence d'une stratégie d'attachement de type détaché chez le père, alors que la mère de ces enfants secure, présente, comme attendu, une stratégie d'attachement secure. Pour ces auteurs, le père ne transmettrait peut-être pas des modèles insecure à l'enfant secure, mais transmettrait des modèles d'attachement différents, plutôt d'ordre sémantique et liés à la conformité et aux attentes sociales. Pour Miljkovitch et Pierrehumbert (2005), les résultats ne sont pas probants avec le père puisqu'il aurait une autre fonction d'attachement que celle de la mère; cette fonction ne peut apparaître dans des évaluations d'attachement qui ont été pensées et conçues pour rendre principalement compte du lien d'attachement avec la figure maternelle. En outre, différentes études indiquent que le père permettrait davantage à l'enfant d'être « sécurisé » pour explorer l'environnement que pour répondre comme la mère aux signaux affectifs de détresse et de protection (Grossman *et al.*, 2002; Le Camus, 1992, 2002, Lamb *et al.*, 1982; Miljkovitch *et al.*, 1998). Il n'en demeure pas moins qu'un des objectifs de la sécurité d'attachement consiste à pouvoir être suffisamment autonome dans les liens

affectifs pour aller au contact du monde extérieur et ne pas demeurer dans une relation de dépendance avec la figure maternelle.

2.3 Dépression et styles d'attachement romantique insécurisés

Si les modèles internes opérants des sujets déprimés sont « fortement imprégnés » dans les premières années de la vie par le contenu des liens affectifs passés avec les figures parentales, Bowlby (1984) indique également que ces modèles internes correspondent à des processus psychologiques dynamiques qui « opèrent » tout au long de la vie du sujet en s'adaptant et en s'actualisant en fonction de l'environnement et des différentes rencontres affectives. Aussi, les expériences affectives ultérieures peuvent avoir un impact sur les modèles internes opérants en les enrichissant de nouvelles informations notamment quant à la façon de penser, d'agir, d'exprimer ses émotions et de considérer les liens affectifs. Dans cette optique, des auteurs ont conceptualisé la notion « d'attachement romantique » (d'attachement amoureux) pour exprimer l'idée que les modèles internes opérants vont également avoir pour rôle de guider les sujets dans la perception et l'établissement des relations amoureuses; et ceci d'autant plus que ce sont ces relations qui constituent les relations d'attachement spécifiques de l'adulte comme ce fut le cas des parents dans l'enfance (Hazan & Shaver, 1987; Fraley & Shaver, 2000). Pour ces auteurs, les parents renvoient à la figure d'attachement de l'enfant tandis que le partenaire amoureux est la figure d'attachement principale de l'adulte. En effet, c'est auprès de cette figure d'attachement que le sujet adulte cherche à nouer une proximité forte et à rechercher une base et un sentiment de sécurité affective. En outre, du fait de l'importance du lien amoureux chez l'adulte, nous pouvons penser que l'insécurité des représentations du lien amoureux et du vécu conjugal peut constituer un facteur de vulnérabilité de la pathologie dépressive.

2.3.1 Vécu conjugal des femmes déprimées : évitement et anxiété dans la représentation des liens amoureux

Le vécu conjugal des femmes déprimées est marqué par une très forte insécurité d'attachement. En effet, nos résultats indiquent que 96% des sujets déprimés ont des styles d'attachement insecure dans les relations amoureuses. Ce résultat particulièrement

significatif indique que le sujet déprimé ne conçoit pas le partenaire amoureux comme une personne intime lui apportant un support affectif sûr, sécurisant et satisfaisant. Il n'estime pas pouvoir accorder pleinement sa confiance et compter sur son partenaire amoureux en cas de besoin et lorsqu'il est confronté à une situation de détresse émotionnelle. En outre, les représentations du lien amoureux du sujet déprimé ne renvoient pas à l'idée que le couple constitue une base ou une source de sécurité stable (Hazan & Shaver, 1987) sur laquelle le sujet déprimé pense pouvoir s'appuyer. Ces résultats sont en accord avec ceux de la littérature (Wei *et al.*, 2003, 2004, 2005; Malinckrodt & Wei, 2005; Shaver & Mikulincer, 2005; Picardi *et al.*, 2005; Conradi & Jongue, 2008; Difilippo & Overholser, 2002; Whiffen, 2005; Tasca *et al.*, 2009; Lee & Hankin, 2009).

La grande insécurité du vécu conjugal des femmes déprimées est marquée dans notre recherche par deux aspects : un vécu d'anxiété avec le partenaire amoureux et une recherche d'évitement de l'intimité avec celui-ci. Ces deux aspects du vécu conjugal correspondent aux deux dimensions insecure de l'attachement romantique : la dimension anxieuse et la dimension évitante. Pour Brennan *et al.* (1998), la dimension évitante de l'attachement romantique renvoie à la mise à distance relationnelle et affective et à la peur de l'intimité. Quant à la dimension anxieuse, elle renvoie au contraire à la préoccupation et à l'inquiétude concernant le partenaire amoureux, particulièrement la peur d'être abandonné ou de ne pas être aimé. Dans la majorité des études, nous retrouvons un lien entre la dépression et un niveau élevé de ces deux dimensions de l'attachement (Wei *et al.*, 2003; Wei *et al.*, 2004; Malinckrodt & Wei, 2005 ; Tasca *et al.*, 2009). La présence conjointe et importante des deux dimensions insecure de l'attachement romantique renvoie à un style d'attachement romantique spécifique chez le sujet déprimé : le style d'attachement craintif (dans notre étude, en analyse catégorielle, nous observons une différence significative entre le groupe clinique et le groupe témoin; $p=.012$). Les femmes déprimées nous disent qu'elles se sentent très anxieuses et en grande détresse affective à l'idée de perdre leur compagnon ou leur conjoint (dimension anxieuse) ou/et de se retrouver seule sans lien affectif intime. Mais certaines d'entre elles disent tout autant qu'elles tentent d'avoir des conduites d'évitement et de prendre des distances affectives pour se protéger d'un abandon ou d'une séparation éventuelle, puis de la détresse et de la « surcharge affective » qui feraient suite à cette séparation. Le résultat de notre recherche conforte celui récent de Conradi et Jongue (2008) sur une étude effectuée sur 145 sujets. Pour ces auteurs, l'attachement amoureux craintif est lié à la fois à un niveau élevé

de dépression, à la persistance de la dépression dans le temps (mesure de la dépression sur 3 mois) et à la récurrence d'épisodes dépressifs.

Nous pourrions penser que la présence simultanée de l'évitement et de l'anxiété vis-à-vis du partenaire est en apparence contradictoire. En effet, le sujet déprimé tente d'éviter l'intimité et de prendre une distance affective vis-à-vis du partenaire amoureux tout en étant fortement préoccupé et envahi par cette relation. *Mais, pour comprendre cette contradiction, il ne faut pas considérer la dimension évitante ici (comme elle n'est pas isolée) comme étant une volonté profonde d'indépendance à l'égard du partenaire amoureux. Il faut plutôt l'entendre comme étant une stratégie et une conduite défensive, masquant au contraire le lien de forte dépendance du sujet vis-à-vis de son partenaire amoureux.* Bartholomew et Horowitz (1991) puis Fraley et Shaver (2000) nous éclairent sur cette apparente contradiction en distinguant deux styles d'attachement marqués par l'évitement : le style craintif qui se retrouve associé à la dépression et le style démissionnaire. Pour le sujet démissionnaire (fort évitement, faible anxiété), l'évitement consiste à rechercher à tout prix l'indépendance et à ne compter que sur ses propres ressources internes. Le sujet démissionnaire réprime alors ses besoins d'attachement et les affects qui y sont associés. Aussi, il met à distance toute inquiétude et toute préoccupation concernant les liens affectifs avec le partenaire amoureux (ce qui est expliqué par une présence faible de la dimension anxieuse). Pour le sujet craintif, l'évitement n'a pas la même fonction. Il a pour objectif de protéger le sujet contre la possibilité de rejet affectif de la part du partenaire. Aussi, il s'agit d'un évitement de type défensif; cela n'empêche pas le sujet d'avoir de grandes préoccupations affectives vis-à-vis du partenaire amoureux. Pour Reis *et al.* (2004), la présence de ces deux dimensions rend compte de la dynamique du vécu conjugal du sujet déprimé. Le sujet déprimé souhaite se défendre contre ses angoisses d'abandon et sa dépendance en montrant des attitudes de détachement. Aussi, les attitudes d'indépendance et d'évitement du partenaire sont en lien avec la peur d'être rejeté par le partenaire amoureux. La présence faible du style d'attachement romantique démissionnaire dans notre groupe clinique (12%) appuie empiriquement cette hypothèse.

Néanmoins, dans notre recherche, il est important de noter une plus grande prévalence d'un vécu conjugal marqué par l'évitement lorsque le niveau de dépression est sévère. En effet, si dans notre recherche, les femmes déprimées présentent toutes une dimension insecure anxieuse importante, les femmes qui ont un niveau de dépression élevé sont plus insecure évitantes dans l'attachement amoureux que les sujets qui ont un niveau

moindre d'intensité dépressive. Ce type de résultat peut s'expliquer à partir des études précédentes (Wei *et al.*, 2003, 2004, 2005; Malinckrodt & Wei, 2005, Shaver & Mikulincer, 2005 ; Picardi *et al.*, 2005; Conradi & Jongue, 2008; Difilippo & Overholser, 2002; Whiffen, 2005; Tasca *et al.*, 2009; Lee & Hankin, 2009). En effet, la dimension évitante est plus fortement représentée dans les études qui, à l'instar de la nôtre, ont choisi une population clinique et hospitalisée, présentant un épisode dépressif majeur (DSM IV). En revanche, la dimension évitante est nettement moins représentée lorsqu'il s'agit d'une population d'étudiants dans laquelle on observe davantage un niveau faible ou modéré de dépression. A l'instar de notre étude, une étude de Difilippo et Overholser (2002) montre, auprès de 84 patients hospitalisés, souffrant d'un épisode dépressif majeur (DSM IV), un lien plus significatif et plus systématique entre la dépression et l'attachement romantique évitant. En revanche, les différentes études de Wei *et al.* (2003, 2004, 2005) effectuées sur une population non clinique, à majorité étudiante, montrent au contraire une association plus forte entre l'attachement anxieux et le niveau de dépression même si la dimension évitante reste associée significativement à l'intensité dépressive. *En outre, nous pouvons faire l'hypothèse que la présence d'un plus grand évitement dans les relations amoureuses chez les sujets fortement déprimés est relative à la présence plus importante des symptômes négatifs de la dépression comme le retrait social, l'émoussement affectif et le déficit de l'expressivité émotionnelle. Face à une plus grande douleur morale et à une plus grande souffrance psychique pouvant être liée aux vicissitudes de la relation amoureuse, le détachement affectif et relationnel du sujet déprimé pourrait avoir pour fonction de le protéger encore davantage contre ses propres affects dépressifs* (Chahraoui *et al.*, 2000). Aussi, le vécu d'évitement dans les relations conjugales serait une tentative pour se dégager des préoccupations affectives actuelles du sujet déprimé (crainte de la séparation, de l'abandon et du désamour du partenaire amoureux). Et ce dégagement serait d'autant plus grand à proportion de la souffrance dépressive ressentie.

Dans notre recherche, les relations entre la dépression et les représentations insécurisées du vécu conjugal peuvent être reliées aux événements de vie conjugaux négatifs récents des femmes déprimées. En effet, 60% des femmes déprimées de notre recherche présentent des difficultés relationnelles importantes avec leur conjoint (Axe IV et catégorie additionnelle Z 63.0 du DSM IV). En outre, ces difficultés relationnelles avec le partenaire amoureux sont souvent évoquées comme motifs d'hospitalisation pour dépression (les psychiatres utilisent d'ailleurs le terme de « conjugopathie » pour en rendre compte). La

réurrence des difficultés conjugale fait écho à notre pratique clinique. Whiffen (2005) avait montré auprès de 99 femmes et de 82 hommes que le déclenchement et la durée de la dépression étaient relatifs à l'insécurité dans le couple. Dans son étude, il l'explique plus précisément par les attitudes et le rôle insécurisant du partenaire amoureux : indisponibilité, rejet, évitement du contact affectif voire la dévalorisation.

*Chez les femmes déprimées de notre recherche, nous retrouvons en particulier comme événements de vie récents significatifs, des séparations ou ruptures conjugales ayant eu lieu moins d'un an avant leur admission à l'hôpital (54% groupe clinique/ 14% au sein du groupe témoin; $p = .001$). Ce résultat est en conformité avec les études épidémiologiques qui montrent une relation importante (de quelques jours à quelques mois) entre la dépression et les séparations affectives les plus intimes comme celles avec le conjoint (Amiel-Lebigre, 1996; Paykel, 1974, 1984). Une étude prospective et longitudinale de Zizook *et al.* (1992) réalisée auprès de 350 veufs et veuves durant la première année de deuil permet d'observer la présence d'un syndrome dépressif dans 25% des cas au 2^{ème} mois qui suit le décès du conjoint (ou conjointe), dans 23% des cas au 7^{ème} mois et dans 16% des cas au 12^{ème} mois. Seulement 4% de l'échantillon contrôle présentent un syndrome dépressif au 12^{ème} mois du deuil.*

Bowlby (1984) avait déjà montré que la séparation ou la perte du conjoint chez l'adulte pouvait constituer un facteur de vulnérabilité dépressive. Tout d'abord, la séparation ou la perte du conjoint en tant que telle est susceptible d'entraîner une insécurité affective et une désorganisation des liens d'attachement. Ensuite, cette insécurité constitue un facteur de risque de déclenchement de la pathologie dépressive si le sujet se retrouve dans l'incapacité d'élaborer le deuil et la douleur de la séparation et ensuite réorganiser, réinvestir et reconstruire d'autres liens affectifs. Pour Bowlby (1984), cette incapacité d'élaboration du deuil et de réorganisation des liens affectifs peut s'expliquer en grande partie par le contenu négatif et insécurisé des modèles internes opérants du sujet. En effet, par l'intermédiaire de ses modèles internes et en fonction de son histoire d'attachement, le sujet a intériorisé l'idée qu'il ne peut être un objet digne d'amour et d'intérêt et que les figures d'attachements sont indisponibles et rejetantes. Dans cette optique, il estime être dans l'impossibilité dans l'avenir de pouvoir construire d'autres liens affectifs et être à nouveau un objet aimé. En outre, pour les femmes déprimées qui se sont séparées de leur conjoint (54%), nous pourrions faire l'hypothèse d'une part, que la dimension anxieuse de l'attachement romantique est relative

aux préoccupations affectives faisant suite à la séparation amoureuse (sentiment d'abandon, sentiment d'être indigne d'être aimé, anxiété liée à l'absence de lien affectif, à la solitude et au vide qu'elle engendre) et d'autre part, considérer la dimension évitante comme une tentative défensive de détachement affectif et de protection psychique contre la douleur de la perte de l'objet aimé. Cependant, il faut rappeler que ces expériences de séparation n'expliquent pas à elles seules le vécu d'insécurité conjugal puisque la moitié du groupe déprimé n'a pas été confrontée à une séparation conjugale récente.

2.3.2 Liens entre l'évolution de la dépression et l'évolution des styles d'attachement amoureux

Nous n'observons pas dans notre recherche de liens entre l'évolution de la dépression et l'évolution des styles d'attachement romantique entre le début et la fin de l'hospitalisation. Les résultats indiquent plus précisément que sur une même période (la durée de l'hospitalisation) les styles d'attachement romantique des femmes ne se modifient pas en fonction de la diminution de l'intensité dépressive (que ce soient les dimensions insecure évitantes ou anxieuses de l'attachement romantique). Aussi l'évolution favorable de la dépression n'a pas d'impact sur les attentes, les pensées, les croyances, les sentiments et les comportements que les femmes ont vis-à-vis des relations amoureuses. D'ailleurs, les femmes de notre groupe clinique nous disent que si elles se sentent moins déprimées, elles ont néanmoins du mal à faire confiance « *aux hommes* », à considérer que les relations amoureuses peuvent être « *plus satisfaisantes et faire moins souffrir* ». Elles ont des difficultés et à penser que « *cela peut changer* » même s'il s'agit d'une relation amoureuse différente et d'un autre partenaire intime.

Cependant, étant donné la faible durée de l'hospitalisation (24, 74 jours), nous sommes prudents quant aux analyses de ces résultats. En effet, il n'est pas exclu de penser que sur une durée plus importante et significative, les représentations amoureuses peuvent se modifier suite à un vécu préalable d'une dépression dans l'histoire du sujet (en effet, il peut sembler difficile de changer sa propre représentation des relations amoureuses sur une durée aussi courte). En outre, nous ne pouvons affirmer de manière certaine que la dépression n'a aucun impact à long terme sur une évolution éventuelle des styles d'attachement amoureux. *Néanmoins, sur la période d'hospitalisation, les styles d'attachement amoureux sont stables*

et ne peuvent être considérés comme une composante affective et relationnelle susceptible d'être modifiée en fonction de l'évolution de la dépression.

En outre, nous observons dans notre étude une grande continuité dans la nature des styles d'attachement romantique malgré la diminution de l'intensité dépressive. En effet, quelque soit la nature de l'attachement amoureux des femmes déprimées en début d'hospitalisation, elles continuent à présenter pour au moins 87% d'entre elles le même style d'attachement amoureux en fin d'hospitalisation (cette continuité est même de 100% pour les femmes qui avaient en début d'hospitalisation un attachement romantique secure ou craintif). Ce résultat est conforme à notre hypothèse et la littérature. La continuité observée dans notre recherche sur l'évolution des styles d'attachement amoureux vont dans le sens de différentes études qui montrent une stabilité de l'attachement romantique dans le temps, et ce sur différentes périodes allant de 6 semaines à 4 ans (Kirkpatrick & Davis, 1994; Kirkpatrick & Hazan, 1994; Sibley & Liu, 2004; Pielage *et al.*, 2006). Kirkpatrick & Davis (1994) observent chez 374 couples hétérosexuels une grande stabilité de leurs styles d'attachement sur 3 ans. Sur un temps plus important de 4 ans, Kirkpatrick & Hazan (1994) constatent également auprès de 177 adultes une forte stabilité de leurs styles d'attachement romantique. Nous pouvons noter que Sibley & Liu (2004), à l'instar de notre recherche, montrent sur une période de 6 semaines une grande continuité des dimensions insecure évitantes et anxieuses de l'attachement romantique. Comme la durée d'hospitalisation de notre recherche s'étend sur une courte période (24, 74 jours), il est difficile de conclure de façon certaine dans notre recherche à une stabilité des styles d'attachement romantique. Nous observons néanmoins une continuité indéniable des styles d'attachement amoureux sur la période d'hospitalisation, et ceci en dépit de la diminution de la sémiologie dépressive.

Cette hypothèse de la continuité, de la stabilité de l'attachement amoureux va dans le sens de la perspective théorique dite « prototypique » du modèle de l'attachement (Bowlby, 1984; Main *et al.*, 1985; Bretherton, 1985, 1990; Waters *et al.*, 2000 a; Feeney, 2002). Cette perspective considère que les modèles internes opérants (modèles d'attachement) construits dans la prime enfance avec les figures parentales sont difficilement révisables; au contraire les modèles d'attachement tendent à rester stables tout au long de la vie. A l'instar de la pensée psychanalytique de Freud (1938, 1967), Bowlby (1958, 1978 a, 1978 b, 1984) pense que la relation à la mère est unique et s'établit de façon immuable à un stade précoce pour constituer le prototype de toutes les relations d'amour ultérieures. Aussi, la relation amoureuse qui

correspond à la relation d'amour de l'adulte (Hazan & Shaver, 1987) ne fait que rejouer et répéter la nature des liens affectifs construits dans la prime enfance avec les figures parentales et particulièrement avec la mère. Freud (1934) comme Bowlby (1984) s'accordent à dire de manière générale que les comportements et l'organisation de la vie mentale de l'adulte sont le fruit de son développement infantile précoce (Freud, 1905, en référence à sa théorie du développement libidinal).

Des études longitudinales de grande ampleur s'effectuant sur une durée de 16 à 20 ans étayaient empiriquement la perspective prototypique de l'attachement (Hamilton, 2000; Main *et al.*, 2005; Waters *et al.*, 2000). Dans ces études, nous observons une correspondance importante chez les mêmes sujets selon la dichotomie secure/insecure entre l'attachement évalué à 12 mois (paradigme de la situation étrange d'Ainsworth *et al.*, 1978; évaluation des comportements d'attachement) et l'attachement évalué ultérieurement au début de l'âge adulte (investigation de l'état d'esprit d'attachement avec l'A.A.I. de Main *et al.*, 1985), que ce soit à 19 ans (Main *et al.*, 2005; la correspondance au niveau de l'attachement est de 80% entre les deux évaluations) ou à 21 ans (Waters *et al.*, 2000; la correspondance est de 72% entre l'évaluation à 12 mois avec la situation étrange à l'évaluation à 21 ans avec l'A.A.I.).

Les résultats de la recherche participent à préciser davantage la nature des liens existants entre la dépression et les styles d'attachement amoureux. En effet, nous pouvons émettre l'hypothèse que les styles d'attachement romantique constituent un facteur de vulnérabilité préexistant à la dépression. Cette hypothèse de l'attachement romantique comme facteur de vulnérabilité préexistant à la dépression confirme les travaux récents de la littérature (Feeney, 2003; Whiffen, 2005). Feeney (2003) observe que les femmes ayant un attachement amoureux de type anxieux durant le second trimestre de leur grossesse ont un risque plus important de développer des symptômes dépressifs au 6^{ème} mois du post-partum. De plus, ce risque de développer des symptômes dépressifs augmente s'il y a présence d'une insatisfaction ou d'une détresse affective dans les relations avec leur conjoint. Quant à Whiffen (2005), il rapporte que l'attachement romantique insecure évalué chez les couples en détresse maritale prédit une augmentation de la dépression trois mois après.

2.4 Dépression et styles d'attachement interpersonnel insécurisés

Si les modèles internes opérants (les modèles d'attachement) renvoient aux différents liens intimes (parents dans l'enfance et partenaires amoureux à l'âge adulte), ils interviennent aussi dans la perception plus générale des relations interpersonnelles. En effet, pour Bowlby (1979 a, 1979 b, 1984) et d'autres théoriciens de l'attachement (Bowlby, 1979 a, 1979 b, Collins & Read, 1991; Zeanah & Barton, 1989; Kobak *et al.*, 1993; Pietromonaco & Barrett, 2000; Hammen & Brennan, 2002), les modèles internes opérants – issus de l'intériorisation des expériences affectives – guident les relations interpersonnelles sur différents aspects : la cognition (perception, interprétation, traitement, sélection de l'information sociale), les émotions et les comportements. Reprenant les considérations théoriques sur les modèles internes opérants de Bowlby (1984), Bartholomew et Horowitz (1991) s'intéressent aux effets des modèles internes opérants sur la perception des relations interpersonnelles (évaluation des « styles d'attachement interpersonnel »). Pour Bartholomew et Horowitz (1991) et Bartholomew (1993), les modèles internes opérants de soi et des autres agissent sur les attentes, la perception et la considération positive ou négative des relations interpersonnelles et sociales.

2.4.1 Dépression et style d'attachement interpersonnel craintif : représentations insécurisées actuelles de soi et des relations interpersonnelles

Conformément aux résultats obtenus sur les relations entre la dépression et les styles d'attachement amoureux, notre recherche indique préférentiellement un lien entre la dépression et le style d'attachement interpersonnel insécurisé de type craintif. Ce lien significatif montre une similarité sur la nature (insecure-craintif) des différents niveaux (relations amoureuses et interpersonnelles) des représentations d'attachement actuelles des femmes déprimées. Ainsi, chez les femmes déprimées, nous retrouvons les mêmes perceptions et les mêmes attitudes « craintives » dans les relations interpersonnelles actuelles que dans les relations amoureuses. Selon Bartholomew et Horowitz (1991), la présence d'un style d'attachement interpersonnel craintif renvoie à l'existence préalable de modèles internes

opérants négatifs de soi (« indigne d'être aimé ») et d'autrui (« indisponible et rejetant ») qui vont guider la perception, l'appréciation et l'établissement des relations interpersonnelles. Selon les auteurs, les sujets « craintifs » souhaitent établir des liens affectifs avec les autres, mais ils sont mal à l'aise et méfiants dans les relations interpersonnelles (modèle interne d'autrui négatif). Comme dans les relations amoureuses, ces attitudes de méfiance et d'évitement de l'intimité et du contact sont de nature défensive et ne sont pas associées à une volonté d'indépendance à l'égard des autres (différence avec le style d'attachement interpersonnel démissionnaire). Ces attitudes renvoient plus fondamentalement à leur manque de confiance en soi, à leurs peurs de souffrir, d'être rejetés, dévalorisés et dénigrés (modèle interne de soi négatif) (Bartholomew & Horowitz, 1991; Reis et Grenyer, 2004). En outre, en ayant un attachement interpersonnel craintif, les femmes déprimées de notre étude ne peuvent compter psychologiquement ni sur des ressources externes (méfiance des autres, peur d'être rejeté, modèle d'autrui négatif) ni sur leurs propres ressources internes (manque de confiance en soi, faible estime de soi, modèle de soi négatif). Les femmes déprimées de notre recherche nous expriment leurs difficultés relationnelles avec les autres, leur défiance à leur égard et, paradoxalement, leur besoin de se lier, tout en reconnaissant leur inaptitude à le faire. « Je me méfie des gens, je n'ai pas confiance, je souhaiterai partager des moments avec les autres mais ce n'est pas possible, j'ai été déçue. Aussi j'ai tendance à me fermer, j'ai peur de me faire avoir, j'ai peur de souffrir à nouveau ». Cette association entre dépression et style d'attachement interpersonnel craintif est conforme aux résultats de la littérature (Bifulco et al., 2002; Carnelley et al., 1994; Ciechanowski et al., 2003; Chahraoui, Reynaud, Pinoit et al., 2006; Murphy & Bates, 1996; Permuy et al., 2010; Priel & Shamai, 1994; Reis et al., 2004; Roberts et al., 1996; West et al., 1998; Zaghdoudi et al., 2009; Zuroff et al., 1995).

Cette présence d'un « modèle interne de soi négatif » chez les sujets déprimés, marquée par l'adoption d'un style d'attachement interpersonnel craintif, a conduit certains auteurs (Roberts et al., 1996; Bifulco et al., 2002b; Chahraoui et al., 2004) à faire l'hypothèse d'un rapprochement entre le modèle de soi négatif et la notion d'estime de soi, fortement associée à la psychopathologie de la dépression. Mais au-delà d'un rapprochement purement descriptif et clinique, cette hypothèse est susceptible au regard du modèle de l'attachement d'apporter une valeur explicative et étiologique à l'estime de soi. En effet, est-ce que l'estime de soi des femmes déprimées ne serait pas le résultat et la conséquence de la construction d'un modèle interne opérant de soi négatif, issu de l'intériorisation d'expériences d'attachement insécurisées avec les figures d'attachement? En tous cas, cette hypothèse de la

relation entre dépression, estime de soi et style d'attachement insécure craintif a été confirmée empiriquement dans la littérature et montre plus précisément que l'estime de soi est une variable psychologique intermédiaire centrale expliquant le lien entre dépression et styles d'attachement interpersonnel craintif (Roberts *et al.*, 1996; Bifulco *et al.*, 2002 b). En outre, ces résultats accréditent l'hypothèse de Bowlby (1984) et de Bartholomew et Horowitz (1991) qui considèrent d'une part, que l'estime de soi du sujet déprimé est à rattacher plus généralement aux représentations négatives complexes de soi (manque de confiance en soi, sentiment d'avoir un soi indigne d'être aimé et considéré, sentiment que le soi est incapable de construire à l'avenir des liens affectifs avec les autres) liées à l'existence préalable d'un modèle interne opérant de soi négatif; et que d'autre part, ce modèle interne opérant négatif de soi est le fruit de l'intériorisation dans l'enfance d'expériences d'attachement difficiles et insécurisées avec les figures parentales, faites d'insatisfactions, de rejet, de désamour, d'abandon ou de perte. Pour Bowlby (1984), la dépression est une psychopathologie où on observe particulièrement la construction d'un modèle négatif de soi. En ce sens, il considère que l'estime de soi n'est que le résultat de la complexité du modèle interne de soi, développé à partir des premiers liens affectifs : *« la faible estime de soi (...) est la conséquence d'un ou plusieurs jugements négatifs sur soi-même comme par exemple que le Soi est incapable de changer la situation pour le mieux et /ou responsable de la situation en question, et /ou est intrinsèquement incapable de susciter de l'amour, et donc incapable de façon permanente d'établir ou de maintenir un lien affectif »* (Bowlby, 1984, 323). Aussi, la présence du modèle interne de soi chez le sujet déprimé ne lui permet pas de percevoir, de considérer et d'établir des relations interpersonnelles actuelles sécurisantes.

*Notre recherche montre un résultat inattendu : le style d'attachement interpersonnel insécure préoccupé est indépendant de l'intensité de la sémiologie dépressive (absence de corrélations significatives entre la dépression et le style préoccupé alors que nous avons une corrélation significative de $p=.01$ pour le style craintif). A partir de ce résultat, il semble que le style d'attachement interpersonnel préoccupé ne soit pas particulièrement spécifique de la pathologie dépressive dans notre étude. A contrario, les résultats de l'analyse comparative indiquent, à l'instar de la littérature, que le style d'attachement préoccupé est significativement plus représenté dans la population des femmes déprimées que dans la population témoin (24% vs 2%; $p=.003$) (Bifulco *et al.*, 2002; Carnelley *et al.*, 1994; Ciechanowski *et al.*, 2003; Chahraoui, Reynaud, Pinoit *et al.*, 2006; Murphy & Bates, 1996; Permuy *et al.*, 2010; Priel & Shamaï, 1994; Reis *et al.*, 2004; Roberts *et al.*, 1996; West *et al.*,*

1998; Zaghoudi *et al.*, 2009; Zuroff *et al.*, 1995). Cette différence de résultats (entre analyse comparative et analyse corrélacionnelle) sur les liens entre dépression et styles d'attachement interpersonnel préoccupé a déjà été observée par Ciechanowski *et al.* (2003). Auprès de 111 patients souffrants de maladies chroniques, ces auteurs mettent en évidence que seuls les attachements interpersonnels secure et craintifs sont associés au niveau de dépression. Sur une période de 12 mois, ils observent que l'attachement secure est lié à une diminution des symptômes dépressifs tandis que l'attachement craintif est associé à une augmentation de ces symptômes.

Nous pourrions formuler deux hypothèses pour rendre compte de l'absence de liens significatifs entre la dépression et le style d'attachement interpersonnel préoccupé : la première hypothèse *consiste à considérer que les caractéristiques cliniques particulières de notre population clinique favorisent davantage un attachement interpersonnel craintif qu'un attachement interpersonnel préoccupé*; quant à la seconde hypothèse, elle consiste à penser que les caractéristiques de l'attachement interpersonnel préoccupé observées chez les femmes de notre groupe clinique ne seraient pas associées à leur symptomatologie dépressive (Axe I) (absence de corrélacions) mais à l'existence de profils et de traits de personnalité pathologiques (Axe II), retrouvés plus fréquemment liés à la pathologie dépressive.

La première hypothèse prend appui sur le fait que les femmes déprimées de notre étude ont des particularités cliniques singulières : état et souffrance psychologique ayant pour nécessité une hospitalisation, un niveau de dépression très sévère, des idées de mort récurrentes, des antécédents dépressifs (68% de notre groupe clinique) et des passages à l'acte suicidaire (54%) précédant l'entrée en hospitalisation. Nous pouvons penser que la sévérité du niveau de dépression et du tableau clinique favorise davantage un attachement interpersonnel de type craintif que de type préoccupé. En effet, les sujets sont dans un tel état dépressif et dans une telle souffrance psychique (avec idées récurrentes de mort « pour en finir ») qu'ils manifestent beaucoup moins d'espoir, moins d'attentes et plus de méfiance à l'égard des relations interpersonnelles. En effet, les sujets ayant un attachement interpersonnel préoccupé gardent encore espoir malgré leurs blessures affectives : ils comptent sur l'étayage d'autrui et les ressources externes pour pallier l'insuffisance de leur moi et leur faible estime de soi. Si les sujets préoccupés ont un modèle négatif de soi, ils ont en revanche un modèle interne positif d'autrui contrairement aux sujets craintifs. Quant, à la seconde hypothèse, elle s'appuie sur l'idée que les caractéristiques d'attachement de type préoccupé observées

préférentiellement chez les femmes déprimées (en comparaison avec le groupe témoin) peuvent tout autant être imputables aux caractéristiques affectives et relationnelles de la personnalité (Axe II) de notre population clinique qu'à l'existence de la symptomatologie dépressive.

2.4.2 Instabilité et modification de la sécurité d'attachement interpersonnel en lien avec l'évolution de la dépression

Contrairement à l'ensemble des styles d'attachement romantique qui sont stables au cours de l'hospitalisation malgré la diminution de la dépression nous observons un changement au niveau de la sécurité d'attachement interpersonnel en lien avec l'évolution de la dépression durant cette période. Ces résultats montrent plus précisément une association significative entre la diminution de la dépression et l'augmentation de la sécurité d'attachement interpersonnel au cours de l'hospitalisation. En revanche, l'ensemble des dimensions insecure de l'attachement interpersonnel (démissionnaire, préoccupé, craintif) reste relativement stable au cours de l'hospitalisation et ne varie pas significativement en fonction de l'évolution de la dépression durant cette même période.

Le résultat principal indiquant un lien entre l'évolution de la dépression et l'évolution de la sécurité d'attachement interpersonnel au cours de l'hospitalisation est un résultat inattendu et original qui conduit à repenser les rapports existants entre l'attachement interpersonnel de l'adulte et la dépression. En effet, ce résultat met en évidence une interdépendance temporelle entre le degré de dépression des femmes de notre groupe clinique et le degré de sécurité affective qu'elles perçoivent dans les relations interpersonnelles et dans l'image qu'elles ont d'elles-mêmes (perception de soi). En outre, ce résultat n'indique pas, contrairement aux conceptions de Bowlby (1984), que la dépression est nécessairement la conséquence de représentations préexistantes négatives de soi et des autres (représentations issues de modèles internes opérants construits depuis la prime enfance). Ce résultat indique plutôt que la dépression actuelle des femmes peut avoir une incidence sur la perception négative de soi et des relations interpersonnelles des sujets. En effet, ces perceptions négatives de soi et des autres, guidant les relations interpersonnelles, peuvent être modifiées en fonction de l'état dépressif actuel des sujets et de son évolution. De fait, l'amélioration de l'état dépressif actuel du sujet semble aller de paire avec une perception plus confiante et

sécurisante du sujet vis-à-vis de ses relations interpersonnelles. En outre, notre étude semble ainsi montrer que la sécurité d'attachement dans le cadre spécifique des relations interpersonnelles est à relier au vécu particulier et négatif de la dépression et de la dynamique psychique et relationnelle actuelle du sujet. La souffrance psychique et relationnelle du sujet, marquée à la fois par la dépression et par la baisse de la sécurité d'attachement, peut représenter l'expression conjointe et complexe de son vécu actuel provisoire, et non nécessairement son vécu passé.

Cependant, les résultats montrant une indépendance des styles d'attachement interpersonnels insécurisés dans l'évolution de la dépression invitent à une certaine prudence et à une vision plus complexe des liens entre la dépression et l'attachement interpersonnel. En effet, si la sécurité d'attachement est un facteur interdépendant du niveau de dépression, favorisant une évolution positive de la dépression, les résultats montrent aussi que les femmes déprimées sont encore insécures (démissionnaires, préoccupées, craintives) pour 68% d'entre elles en fin d'hospitalisation. Cette insécurité d'attachement prégnante dans les relations interpersonnelles semble quant à elle, peu susceptible de révision et de changement significatifs en fonction de l'évolution de l'état dépressif. En outre, les liens entre l'évolution de la dépression et de la sécurité d'attachement interpersonnel sont d'ordre plus quantitatif (diminution du degré de sécurité d'attachement) que qualitatif (progression faible et non significative : 32 % des femmes sont sécurisées à T2 par rapport à 20% à T1; à l'inverse 68% des femmes sont insécures à T2, elles étaient 80% à T1).

Ce résultat est aussi à nuancer au regard plus général du modèle d'attachement de l'adulte. En effet, l'attachement interpersonnel est certainement le niveau d'attachement le plus périphérique de l'attachement adulte et donc le plus sensible au changement (Pielage *et al.*, 2006). Il ne peut constituer le même investissement psychique et affectif, la même force et le même ancrage au sein de la vie psychique que les représentations d'attachement liées aux relations les plus intimes comme les relations amoureuses ou les relations parentales. C'est sans doute également en partie pour cette raison que nous avons pu observer conformément aux résultats de la littérature que les styles d'attachement romantique étaient plus stables que les styles d'attachement interpersonnel malgré la diminution parallèle de la dépression. Des auteurs (Hazan & Shaver, 1987, 1990; Scharfe *et al.*, 1995; Cozarelli *et al.*, 2003; Pielage *et al.*, 2006) ont d'ailleurs proposé plusieurs modèles explicatifs qui rendent compte de cette différence de stabilité entre attachement amoureux et attachement romantique. D'une part,

l'attachement romantique concerne principalement le partenaire alors que l'attachement interpersonnel renvoie plus globalement à un modèle d'attachement général pouvant être lié à un entourage plus large. Ainsi, l'attachement interpersonnel est divers et peut aussi varier plus facilement en fonction de l'entourage relationnel actuel (Cozarelli *et al.*, 2003; Pielage *et al.*, 2006). D'autre part, le partenaire amoureux semble correspondre spécifiquement à la figure d'attachement stable de l'adulte comme ce fut le cas des parents dans l'enfance (Hazan & Shaver, 1987, 1990) (recherche d'intimité et de sécurité affective auprès du partenaire). Alors que les relations romantiques dépendent essentiellement des liens tissés avec le partenaire amoureux, les relations interpersonnelles sont induites par le modèle interne opérant du sujet, appliqué dans tout échange social (Scharfe *et al.*, 1995; Pielage *et al.*, 2006).

De plus, les différences de résultats entre l'attachement romantique et l'attachement interpersonnel accrédiateraient l'idée que le modèle d'attachement (modèle interne opérant) n'est pas monolithique mais multiple et de différente importance, et qu'il faut distinguer le modèle des parents, le modèle amoureux et le modèle interpersonnel (Harris, Simpson & Rholes cités par Shaver & Mikulincer, 2002 b). Shaver et Mikulincer (2002) pensent plus précisément qu'il y a un modèle général d'attachement hiérarchisé en différents modèles spécifiques (parents, relations amoureuses, relations interpersonnelles). Pour ces auteurs, qui s'inspirent du modèle d'Anderson (1994), plus les expériences sont importantes et répétitives pour le sujet, plus elles font partie des tendances centrales du modèle interne opérant. Aussi, les relations avec les parents dans l'enfance font sans doute partie des tendances les plus centrales du modèle d'attachement. Mais il y a des connections et des influences réciproques entre les différentes relations d'attachement (ex : les relations amoureuses peuvent réactiver les relations parentales). En tout cas, plus les modèles de relations sont activés, plus ils se consolident et tendent à être automatiques et inconscients. Il n'est pas alors étonnant suivant cette perspective théorique que les styles d'attachement amoureux (par leur rôle dans l'attachement de l'adulte, par leur importance affective et par leur fréquence) soient plus stables et plus ancrés dans le fonctionnement psychologique des sujets que les styles d'attachement interpersonnel.

Cependant, si les conclusions relatives aux résultats sur les liens entre l'évolution de la dépression et de la sécurité d'attachement interpersonnel sont à nuancer, ils mettent néanmoins en lumière la possibilité d'un changement de l'attachement interpersonnel en fonction de l'évolution présente de la dépression. *Ces résultats accrédiitent l'idée que le*

modèle d'attachement de l'adulte, dans son niveau d'investigation interpersonnel, est susceptible d'être révisé (Lewis, 1995), modifié dans le temps, et de constituer un facteur état, interdépendant de la dépression actuelle du sujet (Chahraoui et al., 2006). Des auteurs avaient déjà montré le rôle de la dépression dans la modification éventuelle des styles d'attachement interpersonnel, Cozarelli *et al* (2003) montrent sur une étude longitudinale de 2 ans auprès de 442 femmes que les troubles dépressifs sont en lien avec la modification des styles d'attachement interpersonnel, dans le sens de la sécurité à l'insécurité d'attachement. Quant à Zhang et Labouvie-Fief (2004), ils montrent également sur une étude longitudinale de 6 ans des liens importants entre la dépression et la modification des styles d'attachement interpersonnel. Pour Scharfe (2007), c'est le modèle interne d'autrui de l'attachement interpersonnel (renvoyant aux composantes de l'évitement des relations, donc plus cliniquement aux aspects du retrait affectif et relationnel du sujet déprimé) qui deviendrait plus négatif suite à la survenue de la pathologie dépressive. Cozarelli *et al.* (2003) dans la même étude a même montré de manière plus générale que des facteurs psychologiques tels que le bien-être, la santé mentale, les désordres psychopathologiques, la détresse psychologique, l'estime de soi, la perception et la compréhension des relations interpersonnelles, pouvaient entraîner en partie des changements au niveau des styles d'attachement interpersonnel.

Pour finir plus généralement cette partie concernant la relation entre la pathologie dépressive et les représentations des différents liens d'attachement (parentaux, amoureux et interpersonnels), il est à noter que chez les femmes déprimées, il y a une correspondance entre les représentations insécurisées des liens d'attachement parental (investigation Ca-mir) et les représentations insécurisées des liens amoureux (ECR) et interpersonnels (RQ) (corrélations significatives). Ces résultats complémentaires montrent la dynamique, l'intrication et la forte relation de dépendance qui existent entre les différentes représentations des liens d'attachement passés et présents chez les femmes déprimées. Aussi, l'insécurité des liens amoureux et interpersonnels chez les femmes déprimées intègrent et réactivent également la fragilité et l'insécurité des liens parentaux. Etant dans des modes d'attachement insécurisé quel que soit le type de relation (parental, amoureux et interpersonnel), les femmes déprimées ont tendance à rechercher les mêmes liens affectifs, négatifs et insécurisés.

Les liens significatifs chez l'adulte entre l'attachement parental issu de l'enfance et l'attachement amoureux confortent ceux de la littérature (Hazan & Shaver, 1987; Feeney &

Noller, 1990; Shaver, Belsky & Brennan, 2000; Miljkovitch, 2009). Une étude importante de Shaver, Belsky & Brennan (2000), effectuée auprès de 138 femmes mariées, montre des corrélations positives entre l'attachement parental évalué avec l'AAI (George *et al.*, 1985) et l'évaluation de l'attachement amoureux évalué avec l'AAS de Collins et Read (1990). Pour Cohin et Miljkovitch (2007) lorsque les sujets ont des représentations insecure des relations parentales passées, il existe une plus grande congruence et similarité entre les représentations d'attachement parental et les représentations d'attachement amoureux. A l'instar de notre recherche, une étude de Diphillipo *et al.* (2009), effectuée auprès d'une population souffrant d'un épisode dépressif majeur (N=84), montre également un lien significatif concernant l'insécurité d'attachement entre les représentations amoureuses et les représentations parentales. Nous précisons que ces résultats n'indiquent pas nécessairement qu'il existe une stabilité depuis l'enfance des représentations des liens affectifs. En effet, les représentations d'attachement de l'adulte issues des relations passées avec les figures parentales correspondent toujours à une relecture, dans « l'après coup », dans l'actualité, des expériences infantiles. De plus, il n'est pas impossible de penser que la situation actuelle marquée par la dépression et l'insécurité conjugale et interpersonnelle ait pu modifier la perception et la représentation des expériences infantiles.

3. PERSONNALITE DES FEMMES DEPRIMEES ET ATTACHEMENT

3.1 Rappel des résultats

Les résultats indiquent que 42 % des femmes déprimées de notre étude présentent une personnalité pathologique. Ces personnalités pathologiques sont les suivantes : personnalités évitantes (n=9; 18%), personnalités borderline (n=6; 12%), personnalités dépendantes (n=5; 10%) et personnalité histrionique (n=1). Les femmes déprimées ayant une personnalité pathologique présentent des caractéristiques d'attachement spécifiques : adoption de stratégies d'attachement plus insécurisées avec prédominance de la préoccupation (Ca-mir), conduites insecure d'évitement et d'anxiété (préoccupation) plus importantes dans les relations amoureuses (ECR) et utilisation du style d'attachement insecure préoccupé dans les relations interpersonnelles (RQ). En revanche, seul le style d'attachement interpersonnel craintif distingue les femmes déprimées présentant une personnalité pathologique : ainsi les femmes

présentant une personnalité pathologique évitante ou borderline ont un style d'attachement interpersonnel davantage craintif que les femmes qui présentent une personnalité dépendante.

3.2 Liens entre les personnalités pathologiques et la dépression

Dans notre recherche, 42% des femmes déprimées présentent un trouble de la personnalité (Axe II). Cette fréquence de troubles de la personnalité rejoint celle observée par différents auteurs en ce qui concerne les patients déprimés hospitalisés (Mulder et al., 2003; Russel et al., 2003; Maddux et al., 2009). L'étude de Mulder et al. (2003) indique, sur une population de 183 patients présentant une dépression majeure (DSM IV), que 45% d'entre eux souffrent d'un trouble de la personnalité. Quant à Russel et al. (2003), ils montrent, auprès d'une population plus importante (N=635), souffrant de différentes formes de pathologie dépressive (dépression majeure, dysthymie) (N=635), une prévalence de 45% de troubles de la personnalité. Plusieurs études effectuées sur une population française hospitalisée pour dépression majeure, par Corruble et al. (Corruble, Ginestey & Guelfi, 1996; Corruble & Guelfi, 1999; Corruble, 2002) mettent en évidence des fréquences variables de troubles de la personnalité allant de 20 à 50%.

Quant aux différentes personnalités pathologiques (évitante, borderline, dépendante et histrionique) présentes chez les femmes déprimées de notre étude, elles sont conformes à celles retrouvées le plus fréquemment dans la littérature (Borstein et al., 1995; Corruble et al., 1996, 2002; Rossi et al., 2001). Concernant la personnalité évitante, des études montrent une fréquence de 30 à 50% entre la dépression et la personnalité évitante (Corruble, 2002). Auprès de 117 patients souffrant d'une dépression majeure, Rossi et al. (2001) observent une prévalence de 31,6% du trouble de la personnalité évitante. Quant à la personnalité dépendante, l'étude de Borstein et al. (1995) indique une fréquence de 31% avec la dépression. Il est à noter qu'à l'instar de notre étude, la personnalité histrionique est une personnalité pathologique faiblement représentée dans la dépression par rapport aux personnalités évitantes, bordeline et dépendantes (2% à 20%) (Corruble et al., 1996). En ce qui concerne l'association entre dépression et personnalité borderline, les études mettent en évidence deux types de résultats différents : soit l'association est très importante (68,7%) (Zanarini et al., 2004) soit elle est un plus modeste comme dans notre étude (12%) et équivalente à la fréquence d'association d'autres troubles de la personnalité (10 à 30%)

(Corruble *et al.*, 1996) (30,1%) (Rossi *et al.*, 2001). Cette différence, qui peut sembler contradictoire, peut s'expliquer à partir du choix de la population initiale étudiée. Dans notre étude, comme dans celles de Corruble *et al.* (1996) et de Rossi *et al.* (2001), nous choisissons au préalable (critères d'inclusion) une population correspondant aux critères de dépression (Axe I, DSM IV) et ensuite nous investiguons s'il y a un trouble de la personnalité (Axe II) associé aux troubles dépressifs (Axe I). En revanche, dans l'étude de Zanarini *et al.* (2004), la population initiale étudiée souffre d'un trouble de la personnalité borderline (Axe II) et il s'agit ensuite d'investiguer les différents troubles cliniques (Axe I) qui peuvent être associés à cette personnalité pathologique.

3.3 Style d'attachement préoccupé et personnalités pathologiques des femmes déprimées : liens avec le style de personnalité anaclitique

Nos résultats indiquent que les femmes déprimées ayant des personnalités pathologiques (Axe II, DSM IV) présentent, pour l'ensemble des relations actuelles, amoureuses (ECR) et interpersonnelles (RQ), un attachement préoccupé plus important (dépendance, anxiété dans les relations, peur de l'abandon) que les femmes déprimées sans personnalité pathologique. Par ailleurs, les femmes déprimées utilisent des stratégies d'attachement moins secure (Ca-mir) (à dominance préoccupée) que les femmes déprimées sans trouble de la personnalité. Ce dernier point montre l'impact fortement affectif (débordement affectif, traitement difficile des informations de nature émotionnelle) des représentations d'attachement. Plus particulièrement, nous notons qu'en ce qui concerne l'ensemble des relations d'attachement actuelles (amoureuses et interpersonnelles), il n'y a que la dimension anxieuse/préoccupée qui est significativement plus importante chez les femmes déprimées, présentant une personnalité pathologique, que chez les femmes déprimées, sans trouble de la personnalité.

Pour l'ensemble des femmes déprimées, présentant des personnalités pathologiques, nous observons des caractéristiques psychologiques pouvant être reliées à la préoccupation d'attachement comme la dépendance vis-à-vis de l'objet, la recherche de l'intimité, la peur de l'abandon, la faible image du moi. Pour autant, ces différentes personnalités pathologiques se distinguent quant aux manifestations et aux réactions psychologiques liées à cette préoccupation.

Chez les femmes déprimées ayant une personnalité dépendante ou borderline, l'avidité affective et la dépendance relationnelle sont des problématiques psychologiques centrales et communes, ayant pour fonction de lutter contre la crainte de la séparation (de l'abandon) et de pallier à une image de soi négative et fragile. Cependant, si ces deux types de personnalité sont caractérisés par la recherche d'étayage et par la peur d'être abandonné, les réponses face à l'abandon et au besoin de dépendance sont distinctes. Les sujets dépendants vont réagir de manière docile, calme, résignée, passive et chercher rapidement une relation de dépendance substitutive; en revanche, les sujets borderline vont avoir une grande réactivité émotionnelle, mêlée d'affects ambivalents (sentiments de rage, de colère, de vide et de grande dépression). Quant à l'image de soi, si elle est négative dans les deux personnalités, elle est altérée, clivée dans la relation à l'autre (idéalisée/dévalorisée) et relative à une problématique de perturbation identitaire sous-jacente (moi insuffisamment constitué, porosité de la différenciation soi/autre, défaillance de la représentation de l'objet; Ferrant, 2007) chez les sujets borderline. Quant aux sujets dépendants, l'image négative de soi renvoie uniquement à un manque de confiance en soi (Loas, 2002). Malgré ces différences fondamentales, les femmes déprimées dépendantes ou limite/borderline nous disent à quel point, elles se sentent « désarmées » par ce sentiment et cette crainte insupportable d'être seules, abandonnées et sans liens affectifs.

Quant aux sujets présentant une personnalité histrionique, ils expriment une certaine dépendance affective et relationnelle mêmes s'ils sont davantage dépendants du regard d'autrui et de l'excès de leur vie fantasmatique (attitudes séductrices) que d'autrui lui-même, en tant qu'objet de besoin ou objet de manque. Cependant, derrière les attitudes de séduction, nous retrouvons des intentions manifestant une certaine dépendance affective et un accrochage relationnel (chercher le regard signifie aussi rechercher fortement et constamment l'appui et la considération d'autrui) (Escande & Gomez-Senoussi, 2002). Aussi, l'autonomie et la prise de distance psychique et affective vis-à-vis des objets d'amour n'est pas complètement accomplie chez les sujets histrioniques même si nous sommes loin des failles narcissiques béantes des sujets limites. En outre, les caractéristiques de la personnalité histrionique semblent aller de paire avec les aspects du style d'attachement préoccupé.

En revanche, la relation entre la personnalité évitante et la préoccupation d'attachement, dans le lien à l'autre, semble plus problématique. En effet, nous savons que

les sujets ayant une personnalité évitante ont tendance, par peur de ne pas être à la hauteur et, par peur du jugement d'autrui, à être inhibés et à éviter des activités sociales et professionnelles qui les conduiraient à avoir des contacts importants avec les autres. Cependant, cela n'implique pas nécessairement une absence de recherche de liens affectifs (Brette & Lépine, 2002). En outre, si les sujets ayant une personnalité évitante ont acquis un sentiment de confiance et la certitude d'être aimés et non jugés, ils peuvent tenter d'établir des liens affectifs privilégiés voire des liens de dépendance. Ce n'est pas fondamentalement l'évitement du lien qui est la problématique centrale mais la crainte profonde et anxieuse d'être jugé, humilié et rejeté par les autres. Nous avons d'ailleurs observé dans notre étude que les femmes déprimées ayant une personnalité évitante avaient des relations particulièrement proches (relation d'appui, de confiance et de réassurance) avec leur partenaire amoureux; celui-ci semble avoir un rôle de « protection » et de « contre poids » face aux autres qui pourraient les juger et les humilier. Le détail des résultats montre d'ailleurs un attachement amoureux de type préoccupé encore plus important chez les femmes évitantes que chez les femmes dépendantes et borderline. A contrario, elles sont moins préoccupées par les relations interpersonnelles que les femmes déprimées ayant d'autres personnalités pathologiques. Par ailleurs, il est à noter que cette personnalité pathologique a un point commun avec les autres personnalités pathologiques et avec un aspect important de la préoccupation : la faible estime de soi.

Les observations des différentes personnalités pathologiques, présentent chez les femmes déprimées, mettent en évidence des particularités psychologiques communes en lien avec la préoccupation d'attachement (dépendance, recherche d'étayage, peur de l'abandon, faible estime de soi et immaturité du moi). Aussi, nous faisons l'hypothèse que les caractéristiques psychologiques spécifiques, observées dans l'ensemble des différentes personnalités pathologiques des femmes déprimées, pourraient être mises en relation avec le style de personnalité anaclitique (Blatt et al., 1974, 1976, 1992, 1993, 1996) qui a justement pour problématique psychologique centrale, une relation de dépendance excessive à l'objet. De plus, trois raisons appuient et confortent ce rapprochement : la première est que le style de personnalité anaclitique est considéré comme un style de personnalité associé fréquemment à la pathologie dépressive; la seconde est que le style de personnalité recouvre différentes personnalités pathologiques (Axe II) qui ont comme point commun, une relation marquée par un lien de dépendance à l'autre (particulièrement les personnalités dépendantes, histrioniques et borderline); la troisième est que le style de personnalité anaclitique est en lien avec la

construction parallèle d'un attachement de type préoccupé. Ces trois points sont des considérations évoquées par Blatt lui-même (1974, 1976, 1992, 1993, 1996) pour rendre compte de la personnalité anaclitique, de son développement (lien avec des relations infantiles de type préoccupé avec les figures parentales) et de ses conséquences cliniques et psychopathologiques (le risque de la survenue dépressive, Axe I).

Pour Blatt *et al.* (1974, 1976, 1992, 1993, 1996), les caractéristiques d'attachement insecure des sujets (secure, évitant ou préoccupé) s'intègrent dans la construction d'un style de personnalité, et c'est ce type de personnalité qui est susceptible d'être à l'origine de la survenue d'une dépression dans la vie ultérieure du sujet. Pour cet auteur, il est insuffisant de s'en tenir au diagnostic clinique de la dépression puisque la réalité psychopathologique complexe de la dépression nous invite à différencier deux types d'expérience dépressive en fonction de la personnalité préexistante des sujets. Il distingue ainsi les expériences dépressives, associées à la présence *d'une personnalité dite anaclitique*, des expériences dépressives associées à la *présence d'une personnalité dite introjective (auto-critique)*. Ces deux personnalités pathologiques sont le résultat d'un développement distinct des représentations des relations soi/autre : soit le besoin de se lier aux autres (tendance à la personnalité anaclitique), soit le besoin d'autonomie (tendance à la personnalité introjective). Pour Blatt et Blass (1996), il y a construction d'un style de personnalité pathologique (anaclitique ou introjective) s'il n'y a pas équilibre et interaction synergétique entre les deux contraintes développementales : besoin de se lier aux autres et besoin d'autonomie.

La personnalité introjective est considérée par Blatt *et al.* (1974, 1976, 1992, 1993) comme un style de personnalité plus mature que la personnalité anaclitique. Elle renvoie à une problématique de conflit psychique interne en rapport avec la valeur du moi et de son écart avec les aspirations du sujet. Les sujets déprimés, ayant une personnalité introjective, considèrent que leur moi est faible, en échec et, éprouvent une grande culpabilité à ne pas être à la hauteur de l'idéal fixé (les personnalités narcissiques et obsessionnelles-compulsives font partie des personnalités introjectives ou auto-critiques). Aussi, la problématique dépressive de ces sujets est centrée autour du moi et de l'écart avec son idéal. L'expérience dépressive doit alors être comprise comme la conséquence et la résonance plus importante dans le moi du sentiment d'échec et d'infériorité par rapport à l'idée d'un moi que le sujet s'est fixé ou souhaite atteindre. En revanche, ces sujets semblent moins sensibles et plus résistants (même si c'est défensif) aux aléas des relations interpersonnelles. Pour Blatt, ces sujets ont pu d'une

certaine manière accéder à une certaine autonomie psychique et aux processus de séparation/individuation, même si c'est au prix de mécanismes défensifs coûteux; cette personnalité dépressive de type introjectif est à mettre en lien pour Blatt *et al.* (1974, 1976, 1992, 1993) avec l'attachement insecure évitant.

Mais en ce qui concerne notre recherche, nous avons davantage affaire à des expériences dépressives qui résultent de l'existence préalable d'une personnalité de type anaclitique (Blatt *et al.*, 1974, 1976, 1992, 1993), *laquelle serait associée à la construction d'un attachement de type préoccupé.* Le style de personnalité de type anaclitique regroupe comme personnalités pathologiques principales (Axe II, DSM IV), la personnalité dépendante, borderline et histrionique. D'ailleurs le rapprochement entre ces différentes personnalités pathologiques est légitimité par les études qui montrent une forte comorbidité entre les personnalités pathologiques dépendantes, borderline, histrioniques et évitantes (Loas, 2002 ; Skodol *et al.*, 1996). La personnalité anaclitique se caractérise par l'établissement de liens affectifs intenses et débordants et par une forte préoccupation et dépendance vis-à-vis des relations interpersonnelles. Pour Blatt *et al.* (1974, 1976, 1992, 1993), l'existence de cette personnalité marque l'échec du processus de séparation et de l'autonomie du moi, ce qui contraint le sujet à être fortement dépendant et à avoir constamment besoin des autres pour pallier sa détresse, ses angoisses, ses difficultés et ses fragilités. Dans ce style de personnalité, l'expérience dépressive fait écho au sentiment d'abandon, et met en évidence des perturbations, des préoccupations et des insatisfactions importantes concernant les relations d'objet. Cette dépression d'origine anaclitique se manifeste par des angoisses d'abandon et par une recherche chronique d'affection et de protection. Pour ces sujets, les situations de perte peuvent être un facteur de décompensation dépressive. De plus, à ce type de personnalité est associé un défaut d'introspection psychique (le sujet est trop envahi par les objets affectifs pour pouvoir s'en distancier et élaborer psychiquement).

A l'instar de Bowlby (1984), Blatt (1996) estime que les perturbations et insatisfactions importantes dans les relations interpersonnelles, chez les sujets déprimés de type anaclitique, sont le fruit des difficultés des premières relations affectives marquées par le rejet, l'insatisfaction, la négligence, l'abandon ou le désamour. En s'inspirant de Bowlby (1984), Blatt *et al.* (1996) considèrent que les premières relations sont intériorisées dans la vie psychique de l'adulte par l'intermédiaire de schémas mentaux cognitifs et affectifs (liens avec les M.I.O) qui guident le sujet dans la perception et l'établissement des relations

interpersonnelles. En outre, ces relations insécures de l'enfance peuvent constituer un frein dans la construction d'une personnalité mature. L'insécurité des relations parentales passées entrave le processus de séparation et l'autonomie psychique et affective (pouvoir exister sans être dépendant de l'autre). Ainsi, l'expérience dépressive vient réactiver les sentiments anciens d'abandon, de perte et de dépendance, qui sont au cœur des problématiques de la personnalité anaclitique.

De nombreuses recherches empiriques dont celles de Zuroff et al. (1995) et de Reis et Grenyer (2002), confirment les liens entre les styles d'attachement préoccupé et la personnalité dépressive de type anaclitique décrite par Blatt. Notamment, une étude de Reis et Grenyer (2002), auprès de 245 participants, a montré un lien très significatif entre la personnalité dépressive de type anaclitique et le style d'attachement préoccupé (recherche de réassurance auprès des autres pour enrayer une faible estime de soi). Ces différentes études ont été effectuées avec des outils d'investigation similaires à la nôtre en ce qui concerne les styles d'attachement (R.Q., Bartholomew & Horowitz, 1991). Quant aux différentes personnalités dépressives décrites par Blatt, elles ont été évaluées à partir du D.E.Q. (Questionnaire des expériences dépressives, Blatt et al., 1976). En outre, ces différentes études accèdent à l'instar de Blatt, l'hypothèse selon laquelle le style de personnalité anaclitique est un facteur de vulnérabilité dépressive.

3.4 Style d'attachement interpersonnel craintif et personnalités pathologiques des femmes déprimées : distinction entre la personnalité dépendante et les personnalités borderline et évitantes

Sur l'ensemble des niveaux d'attachement investigués, nos résultats indiquent une différence significative entre les différents troubles de la personnalité (évitante, dépendante et borderline) uniquement pour le style d'attachement interpersonnel craintif (F : 4,407; p=.029) (effet général - test Anova à un facteur catégoriel). Mais nos résultats montrent plus précisément (Analyse des contrastes, Anova) que les femmes ayant une personnalité évitante et borderline présentent significativement un attachement plus craintif dans les relations interpersonnelles que les femmes ayant une personnalité dépendante (F : 8,654; p=.009).

Ces résultats permettent de mettre en perspective des différences au sein des personnalités pathologiques dans la manière de se représenter, de percevoir, de considérer et d'exprimer affectivement le lien à l'autre (le lien d'attachement interpersonnel). Dans cette optique, si le lien à l'autre peut être adhésif et fondamentalement recherché et souhaité chez les femmes déprimées ayant une personnalité pathologique (présence de l'attachement préoccupé), il est aussi conflictuel, ambivalent (hostilité/colère) et peut entraîner des craintes, des peurs (peur de l'abandon, de ne pas être aimé, de ne pas être à la hauteur, peur du dénigrement et de l'humiliation) et des conduites défensives d'évitement (éviter le rejet, se défendre d'affects douloureux et intenses). Chez les sujets déprimés ayant une personnalité borderline, le lien à l'autre est tellement problématique qu'il peut même aller jusqu'au clivage (idéalisation/dévalorisation) et perturber l'identité du moi malgré la forte dépendance. En outre, ce n'est pas parce que ce lien est recherché qu'il engendre pour autant de la satisfaction, de l'apaisement ou des relations de confiance. Aussi, derrière la dépendance à l'objet, le souhait de réassurance et le besoin de se lier aux autres (préoccupation, caractéristiques anaclitiques), l'aspect craintif de l'attachement interpersonnel, va permettre de rendre compte de la complexité psychopathologique du lien, et de la manière dont il est « négocié psychiquement » et dont il obéit à une « logique fondamentalement différente » suivant si le sujet déprimé présente une personnalité dépendante (peu craintif) ou des personnalités borderline et évitantes (très craintif dans les relations interpersonnelles).

Nous pouvons effectivement observer cliniquement que les femmes ayant une personnalité dépendante ont un rapport au lien affectif, plutôt positif, peu conflictuel et peu ambivalent. En effet, autrui est perçu exclusivement dans sa valence positive et dans sa perspective d'apaisement. Il n'y a pas de défiance à son égard, ce qui compte, c'est d'être au plus près de l'objet et d'être pris en charge dans l'ensemble des domaines de l'existence, quitte à adopter des attitudes passives de docilité et de soumission : « *j'ai besoin de m'appuyer sur les autres, j'ai l'impression que je ne peux pas m'en sortir toute seule, je suis soulagée par le fait qu'à l'hôpital, on s'occupe de moi et de mes affaires* ». De plus, la peur de l'abandon conduit les sujets dépendants à ne pas se fâcher avec l'objet mais au contraire à tout entreprendre pour faire plaisir et être agréable à l'objet. Ces descriptions sont en accord avec les résultats indiquant que ces femmes sont très préoccupées mais peu craintives et méfiantes vis-à-vis des relations.

Quant aux femmes déprimées ayant une personnalité borderline ou évitante, nous observons beaucoup plus de défiance dans le rapport à autrui (attachement craintif, hostilité, crainte, rejet, peur du dénigrement et de l'humiliation), de conflictualité, de sentiments contraires (agressivité/rapprochement affectif) voire de clivage de l'objet (objet partiel bon, idéalisé/objet partiel mauvais et dénigré). Les rapports à l'autre ne sont pas ici marqués par l'apaisement et par une dépendance passive et soumise à l'objet. En effet, chez les sujets évitants et borderline, le lien à l'autre est compliqué et source de grande tension psychique : il peut mobiliser des attitudes « anxieuses » et « phobiques » par peur d'être jugé négativement (personnalité évitante), des attitudes de grande réactivité émotionnelle marquées par l'agressivité, la haine ou l'auto-destruction ou des attitudes clivantes (personnalité borderline). Plus précisément, les sujets ayant une personnalité limite/borderline « attaquent » souvent le lien à l'autre; par leur agressivité, ils tentent de savoir s'ils peuvent être aimés ou s'ils continuent à être considérés comme des mauvais objets, des objets qu'on rejette et qu'on abandonne. L'objet est souvent au départ idéalisé et constitue un objet de dépendance et d'amour passionnelle. Mais lorsque l'expérience contredit, pour le sujet, la nature idéale de l'objet, celui-ci devient alors un mauvais objet qui « attaque » en retour le sujet. Quant aux sujets ayant une personnalité évitante, ils sont « craintifs », se sentent fragiles et impuissants vis-à-vis du regard des autres. C'est pour cette raison qu'ils évitent le contact, par peur d'être rejetés et humiliés par les autres.

Ces différences d'attitudes vis-à-vis du lien interpersonnel sont illustrées par les femmes déprimées de notre étude. En effet, les femmes déprimées ayant une personnalité évitante nous disent : *« j'ai tout le temps peur que les autres me jugent, me disent que je ne vauds rien. J'ai vraiment peur qu'on me critique, je me sens pas du tout en sécurité, il n'y a qu'avec mon compagnon que je suis bien, je le connais bien maintenant, je lui fais vraiment confiance »*. Quant aux femmes déprimées qui ont une personnalité limite/borderline, elles disent plutôt ceci : *« j'ai envie de me détruire, il est parti, c'était un pauvre mec, je l'aimais, j'étais folle de lui, il était tout pour moi, j'aurais pu me tuer pour lui, j'ai de la colère, de la rage maintenant »*. En outre, l'attachement craintif dans les relations interpersonnelles permet de déterminer deux grandes attitudes vis-à-vis du lien affectif : soit une attitude d'apaisement et de dépendance passive et soumise (faible attachement craintif), soit une attitude conflictuelle et défiante (fort attachement craintif). Ces diverses attitudes d'attachement à l'égard des autres permettent de différencier les sujets déprimés ayant une personnalité dépendante, des sujets déprimés ayant une personnalité limite et évitante.

4. PERSPECTIVES THERAPEUTIQUES

Les implications théorico-cliniques principales de notre thèse, issues des liens entre la dépression et les différentes caractéristiques de l'attachement adulte, nous invitent à prendre en compte trois aspects dans la prise en charge psychologique et psychothérapique des sujets déprimés : *le niveau et les capacités de mentalisation, la mise en relation des différents liens d'attachement insécurisés passés (parentaux) et présents (amoureux et interpersonnel) et le rôle ainsi que l'impact des processus d'attachement dans la relation thérapeutique.*

● Niveau et capacités de mentalisation

Les résultats de notre recherche nous conduisent à mettre en lumière, chez les femmes déprimées, des difficultés de mentalisation et de liaison entre affects et représentations (débordement de la sphère émotionnelle et des représentations de nature affective, obstacle à l'élaboration psychique) même si nous avons constaté que le niveau de mentalisation peut être, au sein de ce groupe clinique, variable (plus faible chez les sujets suicidaires ou avec troubles de la personnalité) ou provisoire (lors de la phase aiguë de la crise dépressive). Aussi, il semble intéressant d'évaluer le niveau de mentalisation (élaboration et fonction réflexive) et de travailler sur ses failles.

Fonagy *et al.* (1991, 1997, 2002) ont proposé d'investiguer les niveaux de mentalisation à partir d'échelles évaluant la fonction réflexive (R.F.S : Reflexive Functioning Scale) (1997). Pour ces auteurs, il faut pouvoir repérer si les sujets sont en capacité d'interpréter les attitudes et les croyances de soi et d'autrui (états mentaux) en fonction d'une compréhension préalable de leurs états émotionnels. Il s'agit de savoir également si la compréhension de soi et d'autrui va au-delà des comportements apparents et prend en compte les émotions, les croyances et les attentes qui sous tendent ces comportements. Dans l'échelle de fonction réflexive, investiguée en complément de l'évaluation de l'attachement (A.A.I), ils distinguent les sujets ayant une faible mentalisation (faible fonction réflexive) (niveau 1 : entretiens stériles, pas d'accès à la mentalisation, déformation importante des états mentaux des autres), des sujets ayant des capacités de mentalisation ordinaires (niveau 5 : modèle cohérent de l'état d'esprit des autres mais modèle banal, linéaire et simpliste) et des sujets

ayant des capacités d'élaboration mentale complexes (niveau 9 : raisonnement complexe, originale et élaboré à partir des états mentaux de soi et des autres).

Cette investigation de la mentalisation peut constituer une base pour le travail thérapeutique. Il s'agit en effet de prendre en compte deux aspects : d'une part, « canaliser » les affects douloureux et intenses des femmes déprimées (stratégies préoccupation = hyper-activation des affects) pour pouvoir ensuite d'autre part, les aider à « relier » (liaison affect/représentation), à « traduire en mots » et à mettre en « sens » leurs expériences affectives. Nous rejoignons l'idée que le thérapeute doit être en mesure d'assurer une fonction *miroir* (Winnicott, 1956) ou *alpha* (Bion, 1967), c'est-à-dire de recevoir, écouter, accompagner et absorber l'expérience émotionnelle négative et insécurisée (« toxique ») pour la transformer, la « métaboliser » (faire émerger chez les patientes une élaboration et une interprétation du vécu émotionnel et du vécu dépressif). Nous nous inspirons plus précisément des propositions thérapeutiques de Bateman et Fonagy (2004, 2006) concernant les sujets ayant des difficultés importantes de mentalisation (M.B.T., thérapie fondée sur la mentalisation). Ces auteurs considèrent qu'il faut éviter une prise en charge thérapeutique basée sur l'interprétation et l'auto-critique des conflits inconscients. Il s'agit au contraire de permettre au sujet de ré-expérimenter ses états affectifs puis ses états mentaux pour qu'il se réapproprie ses propres expériences d'attachement. Pour l'aider, le thérapeute est invité à rendre compte lui-même de ses questionnements, de ses interprétations, des inférences et du sens qu'il donne aux expériences affectives du patient et aux événements relatés par celui-ci. Cette mise en lien « miroir », opérée par le thérapeute, contient et favorise la reconnaissance et l'identification des propres états affectifs internes du patient. L'intérêt étant que le patient puisse ensuite s'en forger une représentation symbolique si cela n'a pas été suffisamment le cas dans le passé auprès de sa figure d'attachement. Pour Bateman et Fonagy (2004, 2006) la psychothérapie doit permettre aux deux partenaires (thérapeute et patient) de mentaliser ensemble puisque le thérapeute a un rôle de reflet et de contenance, permettant au patient de réfléchir activement sur ses affects et ses états mentaux. En outre, le travail psychothérapeutique peut avoir un impact favorable dans l'évolution de la dépression en étant un vecteur de sens et en constituant le lieu privilégié de cette activité de liaison et de mentalisation.

● Mise en relation des différents liens d'attachement insécurisés, passés (parentaux) et présents (amoureux et interpersonnel)

Les résultats de notre recherche indiquent que les femmes déprimées associent, apprécient et mettent en relation les différents liens d'attachement passés (parentaux) et présents (amoureux et interpersonnel), dans le sens de l'insécurité. Ainsi chaque relation d'attachement ne peut être explorée indépendamment des autres relations qui ont jalonné l'histoire affective du sujet. Quel que soit l'objet d'attachement (parents, partenaires amoureux, les autres en général), les sujets déprimés considèrent que les liens qu'ils établissent demeurent insécurisés : aussi les relations d'attachement actuelles négatives des sujets déprimés (en particulier amoureux) « réactivent » et « prennent sens » au regard des représentations que les sujets font des expériences parentales passées. Aussi l'approche thérapeutique doit tenir compte de l'ensemble des « liens affectifs significatifs » et de la relation dynamique que le sujet établit entre ces différents liens (y a-t-il pour lui répétition du même mode affectif et relationnel ? Fait-il un lien ? Ou est-ce qu'il considère que le vécu dépressif conduit à concevoir toutes les relations d'attachement de manière négative et insécurisante?). En tous cas, à partir de leurs expériences thérapeutiques, les auteurs s'accordent à dire (Delage, 2004, 2005; Blanchard, 2007; Miljkovitch, 2007, 2009) qu'il n'est pas possible de comprendre et de traiter le vécu d'insécurité, dans les relations d'attachement actuelles (en particulier dans le couple), sans faire référence et sans faire le lien avec les représentations d'attachement de l'enfance avec les parents. Delage (2004, 2005) montre notamment l'importance de mettre en lumière, au cours du traitement thérapeutique (« de permettre le dévoilement »), les attachements de l'enfance (« les scénarii relationnels de l'enfance ») pour ajuster, modifier et rendre plus fonctionnelles les relations dans le couple. C'est cette mise en lumière du lien entre attachement passé et présent qui peut permettre d'infléchir la trajectoire d'insécurité en réélaborant les aspects négatifs et insécurisés des liens d'attachement passés (Miljkovitch, 2009). Ce travail de révision de la nature de l'attachement des sujets est néanmoins difficile chez les sujets déprimés compte tenu de l'existence préalable de modèles internes opérants insécurisés, tendant à être en partie imperméables aux changements et aux nouvelles situations affectives (Bowlby, 1984; Miljkovitch, 2007). Reis et Grenyer (2004) ont observé que les sujets déprimés (N=58) qui présentaient préférentiellement un attachement interpersonnel craintif avaient des résultats plutôt modestes en psychothérapie dynamique brève au bout de 16 séances. Pour ces auteurs, l'évitement du

lien et la peur du rejet semblent faire obstacle (du moins au début de la prise en charge) au travail thérapeutique.

● **Rôle des processus d'attachement dans la relation thérapeutique**

Pour Bowlby (1977, 1988), les relations thérapeutiques ont deux grandes fonctions indissociables. La première fonction consiste à comprendre et à évaluer « l'état psychologique » du patient à partir de l'observation des caractéristiques d'attachement (degré de sécurité d'attachement et de détresse affective dans la relation et dans les phases de séparation, les expériences infantiles douloureuses) et des stratégies défensives du patient (désactivation ou hyper-activation du lien d'attachement, des affects ou des souvenirs à forte charge affective en fonction de la nature préalable des modèles internes opérants). La seconde consiste à créer, par la relation thérapeutique, une expérience d'attachement « correctrice » avec une figure d'attachement « sécurisante et forte ». Aussi, en étant une « base de sécurité » (Bowlby, 1988; Holmes, 1993), le thérapeute crée une relation sécurisante (libre expression des besoins d'attachement, des émotions, de la détresse affective, des expériences douloureuses) donc « correctrice » vis-à-vis des expériences insécurisées antérieures (expériences parentales passées, expériences amoureuses). Dans cette optique, la relation thérapeutique pourrait influencer sur la sécurité d'attachement du sujet, sur la manière dont il gère sa détresse affective (en particulier les craintes vis-à-vis du lien et de la séparation) et perçoit le lien intime ainsi que le lien à l'autre. En outre, il s'agit, dans une relation thérapeutique, de comprendre les processus d'attachement insécure mis en œuvre par le sujet (c'est le cas des femmes déprimées de notre étude) tout en lui permettant de faire l'expérience d'une autre relation d'attachement qui rende caduque les stratégies défensives insécure mises en place. Le contexte thérapeutique sécurisant permet aux sujets de « s'autoriser » à montrer ses émotions, à les éprouver librement (Dozier, 1994) et à analyser le ressenti de ses expériences actuelles (Bringen, 1994). En ce sens, dans l'optique thérapeutique, nous pouvons associer la notion de « base de sécurité » de Bowlby (1984) à celle d'alliance thérapeutique (N. Guédénéy, 2002). Pour Guédénéy (2002), les qualités positives de l'alliance thérapeutique correspondent à l'aspect de « base de sécurité » que permet la psychothérapie selon Bowlby : sincérité, authenticité, soutien, compréhension et cohérence; ces qualités étant nécessaires à l'exploration et à l'élaboration psychique des relations affectives négatives et douloureuses. D'une certaine manière, la prise en charge thérapeutique, prônée par l'attachement, consiste à

tenter de « rejouer et de reconstruire » le lien parental primaire en faisant du thérapeute, une « figure parentale sécurisante » (Guédénéy, 2002), disponible, fiable et aimante, capable de supporter et recevoir les émotions douloureuses intenses et, d'entendre la détresse affective et les besoins d'attachement du patient. Aussi, pour tenter d'enrayer l'insécurité des liens d'attachement (parentaux, amoureux et interpersonnel) des femmes déprimées, il faut notamment pouvoir créer un espace thérapeutique sécurisant, pour que cette espace constitue une expérience nouvelle et « correctrice » au regard des liens d'attachement tissés antérieurement.

5. LIMITES DE LA RECHERCHE ET PERSPECTIVES

Nous considérons que notre recherche, portant sur les liens entre la dépression (avec présence ou absence d'un trouble de la personnalité associé) et les caractéristiques d'attachement (stratégies, styles, évolution de l'attachement), comporte trois limites qui devront être prises en compte dans des études ultérieures :

- La première concerne les *résultats et l'analyse de l'évolution des styles d'attachement en lien avec la dépression*.
- La deuxième concerne *l'insuffisance de la prise en compte d'autres variables psychologiques dans l'explication des liens entre attachement et dépression*.
- La troisième concerne *des aspects méthodologiques spécifiques : l'évaluation de l'attachement lui-même et la particularité du groupe clinique*.

La faible durée séparant le début (T1) et la fin (T2) d'hospitalisation (24,74 jours) nous invite à être *particulièrement prudents quant aux analyses et conclusions concernant les liens entre l'évolution des styles d'attachement et l'évolution de la dépression au cours de l'hospitalisation* (mesures répétées à T1 et à T2 de la dépression et des styles d'attachement amoureux et interpersonnels). En effet, la durée est trop courte pour déterminer éventuellement et de manière certaine si on observe une stabilité ou un changement des styles d'attachement amoureux (E.C.R.) et interpersonnel (R.Q.) en fonction de l'évolution de la symptomatologie dépressive. S'il y a continuité des styles d'attachement amoureux au cours de l'hospitalisation malgré la diminution de l'intensité dépressive, nous ne pouvons pas dire que les styles d'attachement amoureux sont stables. Quant aux styles d'attachement interpersonnel, nous pouvons juste affirmer que le niveau de sécurité d'attachement dans les

relations interpersonnelles a augmenté au cours de l'hospitalisation (entre T1 et T2) en fonction de la diminution de la dépression. Il faudrait ultérieurement effectuer une étude longitudinale importante, sur plusieurs années, pour déterminer avec plus de poids et de certitude la nature des relations entre dépression et styles d'attachement : *Est-ce que les styles d'attachement sont stables et constituent un facteur de vulnérabilité préexistant à la dépression ou au contraire se modifient en fonction de l'évolution de la dépression actuelle?* De plus, pour des raisons de faisabilité pratique et institutionnelle nous n'avons pas été en mesure d'évaluer les stratégies d'attachement (Ca-mir) en fin d'hospitalisation. Aussi, nous ne savons pas si l'évolution de la dépression a pu avoir un impact sur la régulation émotionnelle, sur les capacités de mentalisation (liaison affects/représentations) et sur les représentations des expériences passées avec les figures parentales.

Si nous avons pris en compte la personnalité pathologique des femmes déprimées dans notre étude pour avoir une meilleure compréhension psychopathologique des femmes déprimées, nous n'avons pas suffisamment observé d'autres variables psychologiques; *ces variables observées de manière systématique auraient permis d'éclaircir et de comprendre davantage les liens (et leur évolution) entre la dépression et les différentes caractéristiques de l'attachement adulte* (stratégies, styles amoureux et interpersonnel). Nous pensons notamment à l'estime de soi (variable liée à la dépression et au modèle de soi négatif de l'attachement), aux événements de vie récents et précoces (notamment les événements de perte), au fonctionnement réflexif (associé à la mentalisation), à des données cliniques sur l'histoire de la dépression (ou d'autres psychopathologies), à la qualité de vie, au soutien social perçu, aux défenses et à l'organisation plus approfondie de la personnalité des sujets déprimés (différencier fonctionnement névrotique et fonctionnement limite à l'aide des tests projectifs T.A.T, Rorschach). Nous aurions pu également évaluer et différencier les expériences dépressives en fonction des styles de personnalité de Blatt (expériences dépressives anaclitiques/expériences dépressives introjectives) à partir du questionnaire sur les expériences dépressives (D.E.Q., Blatt *et al.*, 1976) et ce d'autant plus que ces styles de personnalité liés à la dépression sont associés à la construction de modalités d'attachement insecure distincts (préoccupé /détaché). Une recherche ultérieure pourrait se faire en tenant compte de certaines de ces variables susceptibles d'expliquer davantage les liens entre la dépression et l'attachement.

La dernière limite de notre recherche concerne l'évaluation de l'attachement et les caractéristiques cliniques de notre échantillon. Concernant l'évaluation de l'attachement, nous nous sommes basés sur des auto-questionnaires (Ca-mir, R.Q., E.C.R.) plus ou moins complexes pour rendre compte des représentations d'attachement. D'une part, nous avons utilisé des auto-questionnaires courts et simples pour évaluer les styles d'attachement amoureux (E.C.R.) et interpersonnel (R.Q.) (choix entre des items proposés et évaluation de l'intensité en format Lickert de propositions relatives aux pensées, sentiments et comportements d'attachement). D'autre part, l'auto-questionnaire Ca-mir a nécessité une évaluation plus longue et approfondie (72 phrases à trier trois fois nécessitant de réinterroger et de reconsidérer plusieurs fois ces choix) des différentes expériences (souvenirs) passées, présentes et de l'état d'esprit relatif à l'attachement. En outre, les résultats concernant l'évaluation de l'attachement adulte sont à prendre avec précaution. *Il serait souhaitable et plus fiable d'évaluer à l'avenir l'attachement adulte à partir d'entretiens semi-structurés (meilleure capture des processus d'attachement qui sont également des processus inconscients et automatiques; Crowell et al., 1999) plutôt qu'à partir d'auto-questionnaires.* L'attachement serait alors coté en prenant en compte l'analyse du contenu et de l'élaboration du discours des sujets (comme avec l'A.A.I de Main *et al.*, 1985; ou plus récemment avec l'Edicode de Pierrehumbert *et al.*, 1999). Cependant, il est à noter que les entretiens semi-structurés (à part l'A.A.I) sont récents et concernent quasi-exclusivement les représentations des relations parentales. Il était important pour nous, dans la recherche, de rendre compte des différents liens d'attachement et de leur spécificité éventuelle (parents, partenaires amoureux, relations interpersonnelles). Il faudrait d'ailleurs spécifier également le rôle respectif du père et de la mère dans l'investigation de l'attachement parental.

Quant à notre population dépressive, elle est spécifique, et cette spécificité peut avoir un impact sur les résultats de notre étude. Nous avons inclus des femmes hospitalisées (particularité par exemple du risque de passage à l'acte suicidaire) présentant une dépression majeure (DSM IV) et sévère (BDI, Madrs) sans d'autres troubles psychopathologiques associés (notamment les psychopathologies addictives et les pathologies anxieuses). Nous avons aussi souhaité exclure les troubles bipolaires, les dépressions avec formes mélancoliques ou liées à la psychose. Il est possible qu'en incluant une population en ambulatoire ou une population présentant d'autres formes cliniques avec des niveaux d'intensité dépressive distincts, nous aurions eu des différences concernant les stratégies et les styles d'attachement adoptés. Il est à noter également que nous n'avons observé la dépression

et l'attachement qu'auprès d'une population féminine; aussi les résultats ne peuvent être généralisés pour la population masculine souffrant de dépression.

CONCLUSION

CONCLUSION

Par l'étude des différents niveaux (stratégies, styles) et relations (parentales passées, amoureuses et interpersonnelles) du modèle d'attachement de l'adulte des femmes déprimées au cours de l'hospitalisation, nous avons tenté d'apporter et d'enrichir la compréhension psychologique et psychopathologique de la dépression sur différents points.

Le premier point, renvoyant aux liens observés entre dépression et stratégies d'attachement, concerne la perturbation de la régulation émotionnelle (en particulier l'hyper-activation des affects) et ses différentes conséquences sur : l'expression psychopathologique des émotions, des angoisses et des conflits psychiques (liens avec les troubles psychopathologiques internalisés), les défenses adoptées par les femmes déprimées contre l'irruption des affects (stratégie détachée, stratégie défensive) et, les difficultés de liaison (entre affects et représentations) et de mentalisation. La perturbation émotionnelle des femmes déprimées est marquée de manière prévalente par une hyper-activation des affects (débordement émotionnel, stratégie préoccupée) et par des représentations à forte charge affective en relation avec les histoires d'attachement. En effet, les femmes déprimées évoquent leurs difficultés à canaliser les émotions et les ressentis douloureux, intenses, en lien avec les figures d'attachement (colère, revendication affective, dispositions haineuses et ambivalentes). Nous observons que cette hyper-activation des émotions peut être mise en lien de manière dynamique et cohérente avec d'autres manifestations ou conduites psychologiques plus générales comme les angoisses (angoisse forte, impossible à canaliser) et l'internalisation des conflits psychiques (introspection douloureuse, grande souffrance psychique ressentie, impossibilité de mettre à distance ou d'évacuer à l'extérieur ou dans l'acte les conflits psychiques). Nous avons donc fait l'hypothèse d'une relation entre la dépression et les troubles psychopathologiques dits internalisés (conflits psychiques internalisés, pris en charge et ressentis intensément par le moi, expression maximale des affects et de la détresse psychique) (opposition avec les troubles dits externalisés : « stratégies de fuite », manque d'introspection, issue du conflit psychique hors du moi, dans le passage à l'acte, les conduites addictives et les manifestations comportementales). Compte tenu de nos observations cliniques et psychopathologiques, nous avons également fait l'hypothèse que la présence complémentaire de la stratégie d'attachement détachée (stratégie de désactivation des

émotions, plus importante dans le groupe clinique que dans le groupe témoin) - montrant une complexité des réactions émotionnelles (hyper-activation et désactivation des émotions)- avait pour fonction de défendre les femmes déprimées contre les affects intenses et débordants et les représentations à forte charge affective. Enfin, en ayant un impact sur les capacités d'élaboration et de traitement psychique des informations de nature émotionnelle (Pierrehumbert, 2000), les stratégies d'attachement nous informent sur les difficultés de liaison (entre affects et représentations) et de mentalisation (Fonagy, 2001). Nous avons ainsi constaté que les femmes déprimées (par excès/désorganisation des affects ou/et occultation d'épisodes de la vie infantile liés à des mauvais traitements provenant des figures parentales) présentaient des difficultés de mentalisation et d'élaboration psychique même si nous notons que ces difficultés de mentalisation sont variables au sein du groupe clinique (difficultés de mentalisation notamment plus importantes pour les femmes avec passage à l'acte suicidaire ou présentant un trouble de la personnalité). Nos résultats nous ont d'ailleurs permis de considérer que les capacités d'élaboration psychique (à T1) constituent un facteur de résilience et d'évolution favorable de la symptomatologie dépressive (à T2).

Le deuxième point est relatif aux représentations insécurisées de l'ensemble des liens affectifs passés (liens d'attachement aux parents) et actuels (amoureux, les relations interpersonnelles). Cette recherche met tout d'abord en évidence que les femmes déprimées ont des représentations spécifiques de leur enfance dans les relations vécues avec les figures parentales : d'une part, une représentation et des affects «débordants » encore à l'âge adulte sur les liens parentaux passés (dépendance, ambivalence des liens marqués par la colère, l'hostilité, la tristesse, le désamour, la passivité) (préoccupation passée); d'autre part des souvenirs infantiles traumatiques en partie occultés (peur des parents, violence parentale, abus sexuels, épisodes de rupture des liens familiaux) (non résolution passée). Concernant les représentations des relations actuelles (amoureuses et interpersonnelles), les femmes déprimées ont un attachement de type craintif, c'est-à-dire marqué à la fois par des conduites évitantes (peur de l'intimité) et anxieuses (inquiétude vis-à-vis des relations, peur de la séparation, peur de ne pas être aimé) vis-à-vis de l'attachement. Dans le cas de l'attachement craintif, il faut entendre cette «défiance » (évitement) vis-à-vis de l'objet (partenaire amoureux ou relations aux autres) comme une protection contre la peur de souffrir et d'être rejeté malgré le besoin de proximité affective. Dans le cas des relations amoureuses, nous pouvons en partie relier l'insécurité conjugale aux conséquences psychologiques relatives en partie aux récentes séparations amoureuses (moins d'un an) (54% du groupe déprimé). Nous

pouvons aussi relier l'attachement insécure craintif dans les relations interpersonnelles à la présence d'un « modèle interne opérant de soi négatif » chez les femmes déprimées, composante interne du modèle d'attachement qui peut apporter une explication psychologique et étiologique (modèle de soi négatif, intériorisation d'expériences négatives auprès des figures d'attachement) aux liens existants entre la dépression et l'estime de soi. Il est à noter qu'il y a une relation significative de nature insécurisée entre les différents « attachements » (parentaux, amoureux et interpersonnels) des femmes déprimées; ceci montre les associations que font les femmes déprimées elles-mêmes entre les différents attachements (continuité des liens affectifs, appréciation et « résonance » de chaque lien d'attachement en fonction des autres liens et de l'histoire d'attachement).

Le troisième point approfondit le deuxième point dans l'explication de la nature des liens entre dépression et styles attachement amoureux et interpersonnel. Il s'agit de savoir si les styles d'attachement sont plutôt une composante ou une conséquence de la dépression et de son évolution, ou si au contraire, les styles d'attachement sont plutôt stables et constituent davantage des facteurs de vulnérabilité préexistants à la dépression. Si le temps de l'hospitalisation (entre T1 et T2) est trop court pour répondre avec certitude à ces hypothèses, nous pouvons néanmoins dégager deux conclusions : la première est que les styles d'attachement amoureux sont stables durant l'hospitalisation et ne sont pas liés à la diminution de la dépression au cours de cette période; la seconde est que le degré de sécurité d'attachement dans les relations interpersonnelles augmente de manière significative en fonction de la diminution de la dépression au cours de l'hospitalisation. Dans cette optique, nous notons d'une part que les styles d'attachement amoureux montrent une certaine continuité dans le temps indépendamment de la dépression; ceci irait plutôt dans le sens selon lequel les styles d'attachement amoureux sont plutôt un facteur de vulnérabilité, préexistant à la dépression. D'autre part, nous observons que le degré de sécurité d'attachement dans les relations interpersonnelles est « interdépendant » en partie de l'évolution de la dépression actuelle et de la souffrance psychique qui en serait à l'origine; cela constitue une originalité par rapport aux conceptions classiques de l'attachement (Bowlby, 1984). En outre, l'attachement pourrait aussi être une composante ou une conséquence de la dépression. Ce résultat est important mais il doit comporter deux nuances : l'insécurité d'attachement reste majoritairement présente malgré l'augmentation du niveau de sécurité d'attachement; de plus, l'attachement interpersonnel est certainement le niveau le plus périphérique et le plus

susceptible de changer au regard de l'importance et de l'investissement des attachements parentaux et amoureux.

Le dernier point concerne les particularités psychopathologiques, en lien avec l'attachement, pour les femmes déprimées présentant une personnalité pathologique. En termes d'attachement, les différences entre les femmes déprimées avec ou sans trouble de la personnalité doivent se comprendre en terme d'intensité. En effet, les femmes déprimées avec ou sans trouble de la personnalité sont insécurisées et se représentent le lien à l'autre (interpersonnel et amoureux) de manière plus ou moins craintive ou anxieuse/préoccupée. Néanmoins, la plus grande préoccupation des femmes déprimées ayant une personnalité pathologique (dépendante, borderline, évitante et histrionique) montre un lien à l'autre (une relation d'objet) fortement marqué par la dépendance, l'immaturation relationnelle et affective, la peur de l'abandon et la faiblesse du moi. Ces caractéristiques affectives et relationnelles présentes au sein de ces personnalités pathologiques nous conduisent à faire le lien avec le style de personnalité anaclitique décrit par Blatt *et al.* (1974, 1976, 1992, 1993, 1996) (personnalité marquée par la dépendance, la recherche chronique d'affection et de protection, et par l'échec du processus de séparation), style de personnalité fortement associé au risque dépressif. De plus, pour Blatt, le style de personnalité anaclitique est en relation avec le développement d'un attachement insecure de type préoccupé. Cependant, les caractéristiques d'attachement nous éclairent également sur les différences existantes entre les personnalités pathologiques du groupe clinique. En effet, les femmes déprimées ayant une personnalité dépendante sont moins craintives et moins défiantes dans le lien à l'autre (faible attachement interpersonnel craintif) que les femmes déprimées présentant une personnalité limite/borderline ou évitante (fort attachement interpersonnel craintif). En effet, pour les femmes déprimées ayant une personnalité dépendante, l'autre est perçu de manière plutôt positive et peu conflictuelle : il s'agit de faire en sorte (être dans une relation de dépendance passive) de satisfaire l'autre afin d'être prises en charge et ne pas être seules. En revanche, chez les femmes déprimées ayant une personnalité borderline ou évitante (fort attachement interpersonnel craintif), le lien à l'autre est compliqué, source de défiance et de grande tension psychique malgré le besoin de dépendance et de réassurance : pour les personnalités évitantes, la peur d'être jugé négativement ou humilié est prédominante; pour les personnalités borderline/limite, il s'agit plutôt d'une grande réactivité émotionnelle marquée par l'agressivité, la haine, l'auto-destruction ou le clivage.

Ces différents points exposés mettent en évidence des perspectives pouvant aider la prise en charge des sujets déprimés : prendre en considération la perturbation émotionnelle, les stratégies défensives face à la surcharge émotionnelle et les capacités de mentalisation; intégrer les différentes relations d'attachement passé et présent dans une dynamique de compréhension et d'intelligibilité commune compte tenu de la continuité de l'insécurité des représentations d'attachement quelles que soient les relations affectives; constituer une qualité d'alliance thérapeutique (« une base de sécurité ») pour tenter d'infléchir l'insécurité des modèles d'attachement (M.I.O) des femmes déprimées en permettant conjointement l'exploration libre des relations infantiles et actuelles et l'expression libre des affects douloureux, intenses et non canalisables.

Si notre étude a permis d'éclairer en partie les relations entre le modèle d'attachement et la dépression, des questions restent en suspens. Tout d'abord, une étude longitudinale plus importante (sur plusieurs années) peut s'avérer nécessaire pour mieux appréhender la nature de l'évolution des liens entre dépression et modèle d'attachement adulte. Cette étude pourrait répondre notamment aux questionnements suivants : est-ce que le vécu de la pathologie dépressive n'affecte pas plus sensiblement le modèle d'attachement adulte à plus long terme même lorsque les sujets sont en rémission? On peut aussi se poser la question pour les styles d'attachement amoureux qui demeurent stables au cours de l'hospitalisation : est-ce qu'à plus long terme, ils peuvent être révisés et se modifier suite à l'existence préalable de la dépression, en bouleversant l'équilibre psychologique et relationnel de l'individu? Puis, suite aux différences de stabilité observées dans notre étude entre les styles d'attachement amoureux et interpersonnel en lien avec l'évolution de la dépression, il serait également nécessaire d'investiguer l'ensemble des représentations des liens d'attachement passés (parentaux) et présents (amoureux, interpersonnels) et leur stabilité respective en distinguant plus particulièrement le rôle du père et de la mère dans la construction de l'attachement. Il est intéressant de noter que s'il existe des différences de stabilité importantes entre les divers types de représentations d'attachement (mère, père, partenaire amoureux, pairs), cela accrédirait l'hypothèse de Shaver et Mikulincer (2002) selon laquelle les modèles internes opérants (modèles d'attachement) sont composés de multiples modèles relationnels hiérarchiques (mère, père, figure amoureuse, pairs) avec des tendances centrales en fonction de l'importance affective de chacun de ces liens (Shaver & Mikulincer, 2002). Pour ces auteurs, plus les relations sont significatives pour le sujet, plus les modèles de ces relations sont automatiques, inconscients et moins sensibles au changement. Enfin, les recherches

ultérieures doivent aussi approfondir la compréhension de la nature des liens entre dépression et attachement adulte en prenant en compte d'autres variables psychologiques, internes ou psychosociales comme les défenses, le fonctionnement réflexif (associé à la mentalisation), l'estime de soi, l'organisation approfondie de la personnalité (fonctionnements névrotique ou limite ou/et les styles de personnalité décrits par Blatt), le soutien social perçu et les événements de vie passés et présents.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

Abraham, K. (1924). Esquisse d'une histoire du développement de la libido basée sur la psychanalyse des troubles mentaux. In *Œuvres complètes, tomes I-II*. Paris : Payot, coll « Petite bibliothèque Payot », 1965.

Abraham, K. (1965). *Œuvres complètes, tomes I-II*. Paris : Payot, coll « Petite bibliothèque Payot », 360 pages.

Achenbach, T. M., & Edelbrock, C.S. (1978). The classification of child psychopathology : A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, 85, 1275-1301.

Achenbach, T. M., & Edelbrock, C.S. (1983). *Manual for the child behavior Profile and Child Behavior Checklist*. Burlington, VT : University associated of psychiatry.

Adam, K. S. (1986). Early family influences on suicidal behavior. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 487, 63-76.

Adler, U.C., Paiva, N.M.P., Cesar, A.T, Adler, M.S, Molina, A., Padula, A.E, Calil, H.M. (2009). Homeopathic individualized Q-potencies versus fluoxetine for moderate to severe depression: double-blind, randomized non-inferiority trial. *Evid Based Complement. Alternat. Med.*, 17.

Ainsworth, M. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 4, 709-716.

Ainsworth, M.D. & Wittig, B.A. (1969). Attachment and exploratory behavior of one-year-olds in a strange situation. In: B.M. Foss (Ed.). *Determinants of infant behavior*, Vol.4 (pp 111-136). London: Methuen.

Ainsworth, M.D., Blehar, M.C., Waters, E., Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale N.J.: Lawrence Erlbaum Ass.

Akiskal, H.S., Hirschfeld, R.M.A., & Yerevanian, B.I. (1983). The relationship of personality to affective disorders. A critical review. *Arch Gen Psychiatry*, 40 : 801-810.

American Psychiatric Association. (1980). *D.S.M. III : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 3^{ème} édition. Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association (1995). *D.S.M. IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4^{ème} édition, trad. franç. sous la dir. de J.-D Guelfi. Version Internationale, Washington, DC : Author. Version française, Paris : Masson, 1996.

American Psychiatric Association (2000). *D.S.M IV T-R : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4^{ème} édition, texte révisé. Paris : Masson, 2004.

Amiel-Lebigre, F. (1996). Evénements stressants de la vie, Méthodologie et résultats. In *Encyclopédie Médicale et Chirurgicale, Psychiatrie* (pp. 1-6). Paris : Elsevier.

Anderson, J. (1994). *Cognitive psychology*. New York: Academic Press.

Angst, J. (1988). Recurrent brief depression : a new concept of mild depression. *Psychopharmacology*, 96-123.

Angst, J. (1995). Dépressions brèves récurrentes. In : J.P, Olié, M.F., Poirier, & H., Léo. (sous la dir.), *Les maladies dépressives* (pp. 223-233). Paris : Médecine-Sciences Flammarion.

Angst, J., Merikangas, K., Scheidegger, P., & Wicki, W. (1990). Recurrent brief depression : a new subtype of affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 19 : 297-315.

Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1987). The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationships to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16, 427-454.

Apter, A. (1990) cite par Jeammet, P. & Birot, E. (1995). Psychopathologie des tentatives de suicide : étude statistico-clinique. In : X. Pommereau, P. Jeammet, D. Hernandez, P. Guitton *et al.*, *Adolescence et suicide* (pp. 92-109). Paris : Masson, 198 pages.

Attar-Levy, D., & Lesur, A. (1995). Dépressions saisonnières In : J.P, Olié, M.F., Poirier, & H., Lôo. (sous la dir.), *Les maladies dépressives* (pp.209-214). Paris : Medecine-Sciences Flammarion.

Axelson D., & Birmaher, M.D. (2001). Relation between anxiety and depressive disorders in childhood and adolescence. *Depression and Anxiety*, 14 (2), 67-78.

Baker, S.C., Frith, C.D., & Dolan, R.J. (1997). The interaction between mood and cognitive function studied with PET. *Psychological Medicine.*, 27 (3) : 565-578.

Bakermans-Kranenburg, M.J. & Van IJzendoorn, M.H. (2009). The first 10,000 Adult Attachment Interviews: Distributions of adult attachment representations in non-clinical and clinical groups. *Attachment & Human Development*, 11, 223-263.

Baldwin, M.W., & Fehr, B. (1995). On the Instability of Attachment Style Ratings. *Personal Relationships*, 2, 247–261.

Bargh, J. A. (1994). The Four Horsemen of automaticity: Awareness, efficiency, intention, and control in social cognition. In R. S. Wyer, Jr., & T. K. Srull (Eds.), *Handbook of social cognition* (2nd ed., pp. 1-40). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Bargh, J. A. (1997). Reply to the commentaries. In R. S. Wyer, Jr. (Ed.), *The automaticity of everyday life: Advances in social cognition* (Vol. 10, pp. 231-246). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Barnette, P.A., & Gottlib, I.H. (1988). Psychosocial functioning and depression distinguishing among antecedents, concomitants and consequences. *Psychological Bulletin*, 104, 97-126.

Bartholomew, K. (1993). From childhood to adult relationships: Attachment theory and research. In S. Duck (Ed.), *Understanding Relationship Processes 2: Learning about Relationships* (pp. 30-62), Beverly Hills: Sage Publications.

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.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2004) Mentalization-Based Treatment of Borderline personality Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 18 (1), 36-51.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). Mechanisms of change in Mentalization-Based Treatment of Borderline Personality Disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (4), 411-30,

Battegay, R., & Müllejans, R. (1992). Abnahme des Narzissmus im alter und Suizid, Schweiz. *Arch. Neurol. Psychiatr.*, 1992, 143, 296-306.

Beck, A.T. (1963). Thinking and depression. : Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333.

Beck, A.T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper and Row.

Beck, A. T. (1972). Measuring depression: The depression inventory. In T. A. Williams, M. M. Katz, & J. A. Shield (Eds.), *Recent advances in the psychobiology of the depressive illnesses* (pp. 299-302). Washington, DC: Government Printing Office.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: Meridian.

Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*, New York : Guilford Press.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. *Cognitive Therapy of Depression* (1980). New York : Guilford Clinical Psychology and Psychopathology Series.

Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. In P. J. Clayton & J. E. Barrett (Eds.), *Treatment of Depression: Old Controversies and New Approaches* (pp. 265-290). Raven Press, New York.

Beck, A.T. & Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of Personality disorders*. Paris : The Guilford Press, New York. 1990.

Beck, A.T., Epstein, N., Harrison, R. & Emery, G. (1983). *Development of the Sociotropy/Autonomy Scale: A Measure of Personality Factors in Psychopathology*. Unpublished manuscript, University of Pennsylvania. depression: Old controversies and new approaches (pp. 265–290). New York: Raven Press.

Bellivier, F., & Canceil, O. (2003). Facteurs de vulnérabilité génétique des troubles de l'humeur in : J.P, Olié, M.F., Poirier, & H., Lôo. (sous la dir.), *Les maladies dépressives* (pp. 401-425). Paris, Medecine- Sciences Flammarion, 2^{ème} édition.

Benony, H. Charahoui, K. (1999). *L'entretien clinique*. Paris : Dunod, Les topos.

Bergeret, J. (1974). *La personnalité normale et pathologique*. Paris : Dunod (3^{ème} édition : 2003).

Bergeret, J. (1975). *La dépression et les états-limites*. Paris : Payot.

Bergeret J., (1972-2004). *Abrégé de psychologie pathologique théorique et clinique*. Paris : Masson, 1972 ; nouvelle édition, Paris : Masson, 2004.

Bergeret, J., & Reid, W. (sous la dir.) (1999). *Narcissisme et états limites*. Paris, Dunod.

Bertschy, G. (1992). Les liens entre troubles d'humeur et personnalité. *L'Encéphale*, XVIII, 187-192.

Bick, P.A. (1986). Seasonal major affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143, 90-91.

Bifulco, A., Brown, G.W., & Harris, T. (1987). Childhood Loss of Parent, Lack of Adequate Parental Care and Adult Depression: A Replication. *Journal of Affective Disorders*, 12, 115-128.

Bifulco, A., Moran, P., Ball, C., & Bernazzani, O. (2002a) Adult Attachment Style I: Its relationship to clinical depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 37: 50-59.

Bifulco, A., Moran, P., Ball, C., & Lillie, A. (2002b) Adult Attachment Style II. Its relationship to psychosocial depressive-vulnerability. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 37: 60-67.

Bion, W. R. (1967). *Réflexion faite*, Paris : Presses Universitaires de France, 1983.

Blanchard, M. (2007). De l'attachement familial à l'attachement amoureux : un lien pour la vie ? *Thérapie familiale*, 28, 415-432.

Blatt, S. J. (1974). Levels of object representations in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic study of the child*, 29, 107-157.

Blatt, S. J., D'Afflittin, J.P., & Quinlan, D.M. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 383-389.

Blatt, S. J., & Homann, E. (1992). Parent-child interaction in the etiology of depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 47-91.

Blatt, S. J., & Bers, S. A. (1993). The sense of self in depression: A psychodynamic perspective. In : Z. V. Segal & S. J. Blatt (Eds.), *The self in emotional distress : Cognitive and psychodynamic perspectives* (pp. 171-220). New York : Guilford Press.

Blatt, S. J., & Blass (1996). Relatedness and self definition : a dialectic model of personality development. In : G. G. Noam, & K.W. Fischer (Ed.), *Development and Vulnerability in Close Relationships* (pp. 309-338). New York : Erlbaum.

Block, J. (1978). *The Q-Sort method in personality assessment and psychiatric research*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Bohbot, M. (2007). Dépression et anxiété. *L'Encéphale*, 33 (1), Hors-série, 235-237.

Bornstein, R.F. (1995) Comorbidity of dependent personality disorder and other psychological disorders: An integrative review. *Journal of Personality Disorders*, 9, 286-303.

Bornstein, R. F. (1996). Dependency. In C. G. Costello (Ed.), *Personality Characteristics of the Personality Disordered* (pp. 120-145). New York : John Willey & Sons, Inc.

Bougerol, T. (1995). Névrose dépressive : de la dépression névrotique à la dysthymie. In : J.P, Olié, M.F., Poirier, & H., Lôo. (sous la dir.), *Les maladies dépressives*. Paris : Medecine-Sciences Flammarion.

Bougerol, T. (1999). Syndrome dépressif : orientation et principes du traitement. *Revue du praticien*, 49 (6), 643-652.

Bouisson, J., & Boucaud (de), M. (2003) Processus psychopathologique, sentiment et syndrome de vulnérabilité, *Annales Médico-psychologiques*, 161, 491-497.

Bowlby, J. (1977a). The making and breaking of affectional bonds (part 1). *British Journal of Psychiatry*, 130, 201-210.

Bowlby, J. (1977b). The making and breaking of affectional bonds (part 2), Some Principles of Psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 130, 421-431.

Bowlby, J. (1978a). *Attachement et perte. L'attachement* (vol 1). Paris: traduction française de Weil, Presses Universitaires de France, le fil rouge.

Bowlby, J. (1978b). *Attachement et perte. La séparation : angoisse et colère* (vol 2). Paris: traduction française de Weil, Presses Universitaires de France, le fil rouge.

Bowlby, J. (1979). Seconde intervention. In R., Zazzo (Eds), *Le colloque sur l'Attachement* (2^{ème} édition) (pp. 127-139). Neuchâtel, Paris : Delachaux et Niestlé.

Bowlby, J. (1984). *Attachement et perte. La perte, tristesse et séparation* (vol 3). Paris: traduction française de Weil, Presses Universitaires de France, le fil rouge.

Bowlby, J. (1988). *A secure base : clinical implications of the attachment therapy*. Londres : Routledge.

Boyce, P., Hazdi-Pavlovic, D., Parker G. *et al.* (1989). Depressive type and state effects on personality measures. *Acta Psychiatrica. Scandinava*, 81, 1897-2000.

Boyce, P., Parker, G., Hickie, I., Wilhelm, K. Brodaty, H., & Mitchell P. (1990). Personality differences between patients with remitted melancholic and non melancholic depression. *American Journal of Psychiatry*, 147 (11), 1476-1483.

Bréjard, V., Bonnet, A., & Pardinielli, J.L. (2008). Régulation des émotions, dépression et conduites à risques : l'alexithymie, un facteur modérateur. *Annales Médico-Psychologiques*, 166 (4), 260-268.

Brennan, K. A., & Shaver, P. R. (1995). Dimensions of adult attachment, affect regulation, and romantic relationship functioning. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 267-283.

Brennan, K.A., Clark, C.L., & Shaver, P.R. (1998). Self-report measurement of adult attachment : An integrative overview. In J.A., Simpson, & W.S., Rholes (Eds), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York : Guilford Press.

Bretherton, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. In I. Bretherton and E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, Serial No. 209(1-2), 3-35.

Bretherton, I. (1987). New perspectives on attachment relations: security, communication and internal working models. In J. Osofsky (Ed.), *Handbook of infant development* (2nd edition, pp. 1061-1100). New York: Wiley.

Bretherton, I. (1990a). Open communication and internal working models: Their role in attachment relationships. In R. Thompson (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation, vol. 36; socioemotional development* (pp. 57-113). Lincoln, Nebraska: University of Nebraska Press.

Bretherton, I. (1990b). Communication patterns, internal working models and the intergenerational transmission of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal, 11*, 237-251.

Bretherton, I. (1991a). Pouring new wine into old bottles: The social self as internal working model. In M. Gunnar and L.A. Sroufe (Eds.), *Minnesota symposia in child psychology: Self processes in development* (pp. 1-41). Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.

Bretherton, I. (1991b). The roots and growing points of attachment theory. In C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde and P. Harris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 9-32). London: Routledge.

Bretherton, I. & Ainsworth, M.D.S. (1980). Becoming Human: An epigenetic view. In A. Roy (Ed.), *Species identification and attachment: A phylogenetic evaluation* (pp. 311-331). New York: Garland.

Bretherton, I., & Munholland, K. A. (1999). Internal working models in attachment: A construct revisited. In J. Cassidy and P. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, research and clinical application* (pp. 89-111). New York: Guilford.

Bretherton, I., Ridgeway, D., & Cassidy, J. (1990). The role of internal working models in the attachment relationship: Theoretical, empirical, and developmental considerations. In M. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 273-320). Chicago: University of Chicago Press.

Bretherton, I., Ridgeway, D. & Cassidy, J. (1990). Assessing internal working models of the attachment relationship: An attachment story completion task for 3-year-olds. In M. Greenberg, D. Cicchetti & M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention* (pp. 273-308). Chicago: University of Chicago Press.

Brette (De), B., & Lépine, J.P. (2002). La personnalité évitante. In : A. Féline, Guelfi, J.D., & P. Hardy, *Les troubles de la personnalité* (pp. 221-229). Paris : Médecine-Sciences Flammarion

Briole, G., & Guegen, P.G., & Lassagne, M. (1995). Théories psychanalytiques. In : J.P, Olié, M.F., Poirier, & H., Léo. (sous la dir.), *Les maladies dépressives* (pp.345-354). Paris : Médecine- Sciences Flammarion.

Briole, G., & Guegen, P.G. (2003). Psychothérapies et psychanalyse. In : J.P, Olié, M.F., Poirier, & H., Léo. (sous la dir.), *Les maladies dépressives* (pp. 545-547). Paris : Médecine-Sciences Flammarion, 2^{ème} édition.

Brochier, T., & Olié, J.P. (1993). *Stress et dépression. L'Encéphale*, 19, 171-178

Brown, G.W., & Birley, J. (1968), Crises and life changes and the onset of schizophrenia. *Journal of Health and Social Behaviour*, 9, 203-214.

Brown, G.W., & Harris, T.O. (1978-1990). *Social Origins of Depression : Study of Psychiatric Disorders in Women*. Londres : Routledge.

Brown, G.W., Bifulco, A., & Andrews, B. (1990a) Self esteem and depression. Aetiological issues. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 235-243.

Brown, G.W., Bifulco, A., Veiel, H. *et al* (1990b). Self esteem and depression. Social correlates of self esteem. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 225-234.

Brown, G.W., Andrews, B., Bifulco, A., & Veiel, H. (1990c). Self-Esteem and depression: 1. Measurement issues and prediction of onset. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 25, 200-209.

Brown, G.W., Harris, T.O., & Hepworth, C. (1994a). Life events and endogenous depression : a puzzle reexamined. *Archives of General Psychiatry*, 51, 525-531.

Brown, G.W., Harris, T.O., & Hepworth, C. (1994b). Clinical and psychosocial origins of chronic depression, II. A patient enquiry. *British Journal of Psychiatry*, 165, 457-465.

Brown, G.W., Harris, T.O., & Hepworth, C. (1995). Loss, humiliation and entrapment among women developing depression : A patient and non-patient comparison, *Psychological Medicine*, 25, 7-21.

Burnette, J., Davis, D. E., Green, J. D., Worthington, E., & Bradfield, E. (2009). Insecure attachment and depressive symptoms: the mediating role of rumination, empathy, and forgiveness. *Personality and Individual Differences*, 46, 276-280.

Carnelley, K.B., Pietromano, P.R., & Jaffe, K. (1994). Depression, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66 (1), 127-140.

Carton S. (2006) La répression émotionnelle et son rôle en psychopathologie. *Psychologie Française*, 51, 123-139.

Carton, S., & Jouvent, R. (1991). Evaluer la Tristesse et l'Humeur Dépressive. *Visages de la Dépression*. 6, 21-25.

Carvalo (De) W., & Cohen, D. (1995). Etats dépressifs chez l'adulte. In : J.P, Olié, M.F., Poirier, & H., Lôo. (sous la dir.), *Les maladies dépressives* (pp. 3-16). Paris : Médecine-Sciences Flammarion.

Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T.E., Taylor, A., Craig, I.W. *et al.* (2003). Influence of life stress on depression : moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301, 386-389.

Cassidy, J., & Kobak, R. R. (1988). Avoidance and its relationship with other defensive processes. In J. Belsky & T. Nezworski (Eds.), *Clinical implications of attachment* (pp. 300-323). Hillsdale, NJ: Erlbaum

Chabannes, J.P. (1995). Antidépresseurs et névroses. *L'Encéphale*, 21 (4), numéro supplémentaire, 7-9.

Chabert, C. (sous la dir.). (1999). *Névroses et fonctionnements limite*. Paris : Dunod.

Chabert, C. (2005). Cliniques de la dépression. Métapsychologie de la perte. In : C., Chabert, R., Kaës, J., Lazounière, & A., Shniewind. *Figures de la dépression*. Paris : Dunod.

Chabrol, H., Carlin, E., Michaud, C., Rey, A., Cassan, D., Juillot, M. *et al.* (2004). Etude de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg dans un échantillon de lycéens. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 52 (8), 533-536.

Chahraoui, K., Benony, H., Besche, C., & Bungener, C. (2000). Approche descriptive et compréhensive de la dépression. Aspects émotionnels, cognitifs, culturels et liens d'attachement. *L'information Psychiatrique*, 76 (6), 647-655.

Chahraoui, K. & Bénony, H. (2003). *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique*. Paris : Dunod.

Chahraoui, K., Reynaud, M., Pinoit, J.M., Bénony, H., Bonin, B., & Gisselmann A. (2006). Styles d'attachement et soutien social chez les femmes déprimées. *L'Encéphale*, 32(1), 944-952.

Cicchetti, D., & Toth, S.L. (Eds.). (1991). *Internalizing and externalizing expressions of dysfunctions*. Hillsdale, NJ, England : Lawrence Erlbaum Associates Inc.

Ciechanowski, P., Sullivan, M., Jensen, M., Romano, J., Summers, H. (2003). The relationship of attachment style to depression, catastrophizing and health care utilization in patients with chronic pain. *Pain, 104* (3), 627-637.

Clark, L.A., Watson, D., & Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders, *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 1, 103-116.

Cohin, E., & Miljkovitch, R. (2007). La mise en place des représentations d'attachement au sein du couple : parts relatives à l'enfance et au conjoint. *Psychologie Française, 52* (4), 519-533.

Cole-Detke, H., & Kobak, R. (1996). Attachment processes in eating disorder and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 282-290.

Collet, L. & Cottraux, J. (1986). Inventaire abrégé de dépression de Beck (13 items). Étude de la validité concurrente avec les échelles de Hamilton et de ralentissement de Widlöcher. *L'Encéphale, 12*, 77-79.

Collins, N.L., & Read, S.J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*, 644-63.

Collins, N.L., & Read, S.J. (1994). Cognitive Representations of Attachment: The Structure and Function of Working Models. In: K. Bartholomew, D. Perlman, *Attachment processes in adulthood (vol 5)* (pp53-90). London : Jessica Kingsley Publishers Ltd.

Conradi, H.J. & De Jonge, P. (2009). Recurrent depression and the role of adult attachment: A prospective and a retrospective study. *Journal of Affective Disorders, 116*, 93-99.

Corruble, E. (2002). Troubles de la personnalité et troubles dépressifs majeurs. In : A. Féline, Guelfi, J.D., & P. Hardy, *Les troubles de la personnalité* (pp. 294-303). Paris : Médecine-Sciences Flammarion.

Corruble, E., & Ginestet D. (1996). Étude de la comorbidité dans un échantillon de patients déprimés hospitalisés. *L'Encéphale, 22* (2), 119-26.

Corruble, E., & Guelfi, J.D (1999). Pathologies de la personnalité et dépressions majeures unipolaires. In : J.D Guelfi et al. Personnalités et troubles de l'humeur (pp ; 45-54). Paris : Collection Références en Psychiatrie, Doin Editeurs.

Cottraux, J. (1988). Depressive cognitions of obsessive-compulsive patients : a factorial analysis of the shorter form of the beck depression inventory. In : Perris, C. & Eiseman, M. *Cognitive Therapy*. Umea : An update Dopuu Press.

Cottraux, J., Bouvard, M., & Légeron, P. (1985). *Méthodes et échelles d'évaluation des comportements*. Issy les Moilieux : Editions d'applications psychotechniques.

Cozarelli, S. (2003). Stability and change in adult attachment styles: associations with personal vulnerabilities, life events and global construals of self and others. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22 (3), 315-346.

Craik, K. (1943). *The nature of explanation*. Cambridge : Cambridge University Press.

Crittenden, P. M. (1990). Internal representational models of attachment relationships, *Infant Mental Health Journal* 11, 259–277.

Crittenden, P.M. (1992). Quality of attachment in the preschool years. *Development and Psychopathology*, 4, 209-241.

Crittenden, P.M. (2004). *Patterns of attachment in adulthood: A dynamic-maturation approach to analyzing the Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript, Miami, FL, USA.

Danion, J.M., Williard Schroeder, D., Zimmerman, M. A. & al. (1991). Explicit memory and repetition priming in depression. *Arch. Gen. Psychiatr.*, 48 : 701-711.

Darcourt, G., & Benoit M. (1997). Tempéraments, personnalités, dépressions. *Synapse*, 133, 33-38.

Dassonville, V. (2007). Du symptôme dépressif à la thérapeutique. *L'Encéphale*, 33 (4), 641-649.

Davidson, J., Miller, R., & Strickland, R. (1985). Neuroticism and personality disorder in depression. *Journal of Affective disorders*, 8, 177-182.

Davila, J., Burge, D., & Hammen, C. (1997). Why does attachment style change? *Journal of Personality & Social Psychology*, 73, 826-838.

Davila, J., Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (1999). Attachment change processes in the early years of marriage. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 783-802.

Davila, J., & Cobb, R. (2003). Predicting change in self-reported and interviewer-assessed adult attachment: tests of the individual difference and life stress models of attachment change. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 859-870.

Davila, J., & Sargent, E. (2003). The meaning of life (events) predicts change in attachment security. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 1383-1395.

Debray, Q. (1992). *Vivre avec une dépression*. Monaco : Edition du Rocher.

Delage, M. (2004). Application de la théorie de l'attachement à la compréhension et au traitement de couple à propos d'une recherche. *Thérapie familiale*, 25 (2), 171-190.

Delage, M. (2005). La thérapie du couple et de la famille revisitée à travers la théorie de l'attachement. *Thérapie familiale*, 26 (4), 407-425.

Deniker, P. & Olié, J.P. (1990). Dérèglements de l'humeur. Etats dépressifs et maniaques. In : P., Deniker, T.H., Lempérière, J., Guyotat J. *Précis de psychiatrie clinique de l'adulte* (pp : 103-129). Paris : Masson.

Dewan, M.J., Huszanec, J., Ross, M., *et al.* (1992). The use of antidepressants in the elderly : 1986-1989. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 5, 40-44.

Doron, J. (2001). *La méthode du cas en psychologie clinique et en psychopathologie*. Paris : Dunod.

Dozier, M., Cue, K.L., Barnett, L. (1994). Clinicians as caregivers : role of attachment organization in treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 62, 793-800.

Dozier, M., Chase Stovall, K., & Albus, K.E. (1999). Attachment and psychopathology in adulthood. In: J. Cassidy, & P. Shaver, *Handbook of attachment : theory research and clinical applications*. New York : Guildford Press.

Debray, Q. (1992). *Vivre avec une dépression*. Monaco : Edition du Rocher.

Difilippo, J. M., & Overholser, J. C. (2002). Depression, adult attachment, and recollections of parental caring during childhood. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 663-669.

Escande, M., & Therat, B. (2000). Les pièges de la dépression névrotique. In : La dépression : des théories aux pratiques. *L'Encéphale*, 5, Numéro hors Série.

Escande, M., & Gomez-Senoussi, E. (2002). La personnalité hystérique (histrionique). . In : A. Féline, Guelfi, J.D., & P. Hardy, *Les troubles de la personnalité* (pp. 198-209). Paris : Médecine-Sciences Flammarion.

Esquirol, F. (1820) *Lypémanie ou mélancolie*. Paris, Toulouse : Privat ed., 1976.

Eysenck, H. J. (1983). The roots of creativity : Cognitive ability or personality trait? *Roeper Review*, 5, 10-12.

Farmer, R. (1987). Hostility and deliberate self-poisoning : the role of depression. *British Journal of Psychiatry*, 150, 609-614.

Fawcett, J., Clark, D.C., Scheftner, W.A. & Gibbons, R.D. (1983b). Assessing anhedonia in psychiatric patients. *Archives of General Psychiatry*, 40, 79-84.

Fawcett, J., Clark, D.C., Scheftner, W.A. & Hedeker, D. (1983a). Differences between anhedonic and normally hedonic depressive states. *American Journal of Psychiatry* 140, 1027-1030

Favez-Boutonnier, J. (1968). La psychologie clinique : objets, méthodes, problèmes. *Bulletin de Psychologie*, 21.

Fedida, P. (2001). *Des bienfaits de la dépression*. Feeney, J. A., & Noller, P. (1992). Attachment style and romantic love: Relationship dissolution. *Australian Journal of Psychology*, 44, 69-74.

Feeney, J.A., & Noller, P. (1990). Attachment styles as a predictor of Adult Romantic Relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 281-291.

Feeney, J.A., Noller, P., & Hanharan, M. (1994). Assessing adult attachment. In : M.B. Sperling & W.H. Berman (Eds), *Attachment in Adults : Clinical and development perspectives* (pp. 128-152). New York : Guilford.

Feeney, J.A, Alexander, R., Noller P., & al. (2003). Attachment insecurity, depression, and the transition to parenthood. *Personal Relationships*, 10, 475-93.

Fenichel, O. (1945). *La théorie psychanalytique des névroses*. Paris : Presses universitaires de France.

Féline, A., Guelfi, J.D., Hardy, P. (2002). *Les troubles de la personnalité*. Paris : Flammarion, Médecine- Sciences.

Fernandez, L., & Pardinielli, J.L. (2007). La recherche en psychologie clinique : recherche clinique ou recherche en clinique. In J.P. Martineau, & A. Savet (Eds.), *La formation professionnelle et les fonctions des psychologues cliniciens* (pp. 202-212). Paris: L'harmattan.

Ferrant, A. (2007). Modèle structural, processus représentatif, pôle d'organisation (chapitre 14). In : *Manuel de psychologie et de psychopathologie générale* (sous la dir. de D. Roussillon). Paris : Masson, Psychologie.

Ferrant, A. (2007). Pôle d'organisation narcissique identitaire (chapitre 21) in *Manuel de psychologie et de psychopathologie générale* (sous la dir. De D. Roussillon). Paris : Masson, Psychologie.

Ferreri, M., Bottero, A., & Alby, J.M. (1993). Sémiologie des états dépressifs de l'adulte. In *Encyclopédie Médicale et Chirurgicale, Psychiatrie, 37-110, A-10*. Paris : Elsevier.

Finzi-Dotan, R. (2004). Le couple : sa formation, sa destruction et ce qu'il y a entre les deux. *Perspectives Psy*, 43 (4).

Fonagy P. (2001). *Théorie de l'attachement et psychanalyse*. U.S.A : Others Press (publication originale). Ramonville Saint-Agne : Editions Erès, coll. « La vie de l'enfant », 2004 (publication française).

Fonagy, P., Steele, H., Moran, G., Steele, M., & Higgitt, A. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 13, 200-221.

Fonagy, P. Steele, H., Steele, M., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M. (1995). Attachment, the reflective self and borderline states : The predictive specificity of the Adult Attachment Interview and pathological emotional development, In : Goldberg, S. Muir, R., Kerr, J. (Ed.), *Attachment Theory : Social Developmental and Clinical Perspectives* (pp. 233-279). Hillsdale : NS, Analytic Press.

Fonagy P., Leigh T., Steele M., Steele H., Kennedy R., Mattoon G., Target M., & Gerber A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22-31.

Fonagy, P. & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.

Fonagy, P., Gergely G., Jurist, E., & Target, M. (2002), *Affect Regulation, Mentalisation and the Development of the Self*. New York : Other Press, New York.

Foucault, M. (1974). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Tel Gallimard.

Fraley, R.C. (2002). Attachment stability from infancy to Adulthood : Meta-Analysis and Dynamic Modeling of Developmental Mechanisms. *Personality and Social Psychology*, 6 (2), 123-151.

Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (1997). Adult attachment and the suppression of unwanted thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 1080-1091.

Fraley, R. C., Davis, K. E., & Shaver, P. R. (1998). Dismissing avoidance and the defensive organization of emotion, cognition, and behavior. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 249-279). New York: Guilford Press.

Frank, E., Prien, R. F., Jarrett, R. B., Keller, M. B., Kupfer, D., Lavori, P. W., *et al.* (1991). Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder: Remission, recovery, relapse, and recurrence. *Archives of General Psychiatry*, 48(9), 851–855.

Frank, E., Anderson, B., & Reynold, C.F. (1994). Life events and the research diagnostic criteria endogenous subtype. A Confirmation of the distraction using the Bedford College methods. *Archives of General Psychiatry*, 51, 519-524.

Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris : Gallimard, 1968.

Freud, S. (1915). Deuil et Mélancolie. In : *Métopsychoologie*. Paris : Folio essais Gallimard, 1968.

Freud, S. (1923). *Le moi et le ça*. Paris : Bibliothèque Payot, 2010.

Freud, S. (1926). Inhibition, symptôme et angoisse. In : *Œuvres complètes*, tome XVII (pp 203-297). Paris : Presses Universitaires de France, 1992.

Freud, S. (1979). *Introduction à la psychanalyse*. Paris : Petite bibliothèque Payot.

Freud, S. (1938-1964). An outline of psychoanalysis. In *Standard Edition*, 23 (pp. 139-208). L'abrégé de psychanalyse ; Paris : Presses Universitaires de France.

Freud, S. & Abraham, K. (1907-1926). *Correspondance (1907-1926)* (dont lettre d'Abraham à Freud, 1911, 1924). Paris : Gallimard, 1969.

Fuhrer, R., & Rouillon, F., (1989). La version française de l'échelle CES-D (Center forEpidemiologic Studies-Depression Scale). Description et traduction de l'échelle d'autoévaluation,. *Psychiatrie & Psychobiologie*, 4, 163-166.

George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). *The Attachment Interview for Adults*. Unpublished Manuscript, University of California, Berkeley.

Gérard, A., Raffaitin, F., & Cuche, H. (1995). Dépression chez la femme. In : J.P Olié, M.F. Poirier, H. Lôo (sous la dir.), *Les maladies dépressives* (pp. 84-90). Paris : Medecine-Sciences Flammarion.

Gergely, G., & Watson, J. (1996). The social biofeedback model of parental affect-mirroring. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 1181-1212.

Gillepsie, R.D. (1929). *Clinical differentiation of type of depression*. Guy Hospital, Report, 79, 306-344.

Godeau, P. (2002). Vulnérabilité : un concept d'avenir ? In : *Vulnérabilité et vieillissement, comment les prévenir, les retarder ou les maîtriser ?* Paris : L'institut Servier, Editions scientifiques et médicales Elsevier, S.A.S.

Gorwood, P. (2011). Dépressions sévères : gènes et environnement. *L'Encéphale*, 35, supplément 7, 306-309.

Golse B. (2000), La pulsion d'attachement : info ou intox ? In D. Cupa (sous la dir.), *L'attachement – Perspectives actuelles* (pp 119-130). Paris : Editions E.D.K., Coll. " Pluriels de la psyché ".

Goodman, S.H., & Gotlib, I.H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed parents: A developmental approach to the understanding of mechanisms. *Psychological Review*, *106*, 458-490.

Gorwood, P. (2009). Dépressions sévères : gènes et environnement. *L'Encéphale*, *35*, suppl. 7, 306-309.

Goodman, S.H., & Gotlib, I.H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed parents: A developmental approach to the understanding of mechanisms. *Psychological Review*, *106*, 458-490.

Goudeman, M., & Thomas, P. (1994). Anxiété, dépression et démence. *Revue du praticien*, *44*, 1448-52.

Griffin, D.W., & Bartholomew, K. (1994a). The metaphysics of measurement: the case of adult attachment. In K. Bartholomew & al., *attachment processes in adulthood*, vol. 5 (pp 17-52). London : Jessica Kingsley Publishers Ltd.

Griffin, D., & Bartholomew, K. (1994b). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, *67*, 430-445.

Grossman, K.L., Grossman, K., Fremmer-Bombick, E., Kindler, H., Scheuerer-Engelsch, H., & Zimmermann, P. (2002). The uniqueness of the child-father attachment relationship: Fathers' sensitive and challenging play as a pivotal variable in a 16-year longitudinal study. *Social Development*, *11*, 307-331.

Grover, K.E., Carpenter, L.L., Price, L.H., Gerard, G., Gagne, M.D *et al.* (2007). The Relationship Between Childhood Abuse and Adult Personality Disorder symptoms. *Journal of Personality Disorders*, *21*(4), 442-447.

Guedeney, A. (2002). Attachement et Psychanalyse. In N. Guedeney, & A. Guedeney, *L'attachement, Concepts et applications* (pp. 37-44). Paris : Masson, collection Les âges de la vie.

Guedeney, N. (2002). Concepts clefs de la théorie de l'attachement. In N. Guedeney, & A. Guedeney, *L'attachement, Concepts et applications* (pp. 17-25). Paris : Masson, collection Les âges de la vie.

Guedeney, N., & Guedeney, A. (2002). *L'attachement. Concepts et applications*. Paris : Masson, collection Les âges de la vie.

Guedeney N. (2002). Théorie de l'attachement et application aux techniques psychothérapeutiques chez l'adulte. In N. Guedeney, & A. Guedeney, *L'attachement, Concepts et applications* (pp. 157-162). Paris : Masson, collection Les âges de la vie.

Guedeney, N., Fermanian, J., & Bifulco, A. (2010). La version française du Relationship Scales Questionnaire de Bartholomew (RSQ, Questionnaire des échelles de relation) : étude de validation du construit. *L'Encéphale*, 36 (1), 69-76.

Guelfi, J.D. (dir) (1993), *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie*, 2 volumes. Boulogne : Editions Médicales Pierre Favre (hors commerce).

Guelfi, J.F. (1985). *Manuel de Psychiatrie Adulte*. Paris : Masson.

Guelfi J.-D., Corruble E., Duret C., Pham-Scottez A., & Purper-Ouakil D. (1999). *Personnalité et troubles de l'humeur*. Paris : Doin, coll. Références en Psychiatrie.

Hamilton, C. E. (2000). Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. *Child Development*, 71, 690–694.

Hammen, C.L., Burge, D., Daley, S.E., *et al.* (1995). Interpersonal cognitions and prediction of symptomatic reponses to interpersonal stress. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 436-443.

Hammen, C.L., & Brennan, P.A. (2002). Interpersonal Dysfunction in Depressed Women: Impairments Independent of Depressive Symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 72 (2), 145-156.

Hardy-Bayle, M.C, & Dantchev, N. (1994). Evénements de la vie et troubles bipolaires: réflexions sur les modèles des troubles thymiques. *Synapse, n°spécial*, 20-25.

Hardy, P., Jouvent, R., Lancrenon, S., Roumengous, V. & Feline, A. (1986). [The Pleasure-Displeasure Scale. Use in the evaluation of depressive illness]. *L'Encephale* 12 , 149-154.

Hardy, P., Gorwood, P., Dupont, C. Evénements de la vie. (2003). In : J.P, Olié, M.F., Poirier, & H., Lôo, *Les maladies dépressives* (pp. 434-443). Paris : Flammarion-Editions Médecine-Sciences, 2^{ème} édition.

Harkness, K.L., Monroe, S.M. (2002). Childhood adversity and the endogenous versus nonendogenous distinction in women with major depression. *American Journal of Psychiatry*, 159, 387-393.

Harlow, H.F. (1958). The nature of love. *American Psychologist*, 13, 673-685.

Harlow, H.F. (1979). Les Affectivités. In R., Zazzo (Eds), *Le colloque sur l'Attachement* (2^{ème} édition) (pp. 58-72). Neuchâtel, Paris : Delachaux et Niestlé.

Hawley, C.J, Gale, T.M, & Sivakumaran, T. (2002) Defining remission by cut off score on the MADRS: selecting the optimal value. *Journal of Affective Disorders*. 72 (2), 177-184.

Hazan, C., & Shaver, P.R. (1987). Romantic Love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social Psychology*, 52, 511-524.

Hazan C., Shaver, P.R. (1990). Love and work : An attachment theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 270-280.

Hirschfeld, R. M. A., Klerman, G. L., Clayton, P. J., & Keller, M. B. (1983). Personality and depression. *Archives of General Psychiatry*, 40, 993–998.

Hirschfeld, R. M., & Holtzer, III C.E. (1994). Depressive personality disorder : Clinical implications. *Journal of Clinical psychiatry*, 55, 4, 10-17.

Hirschfeld, R. M. (1994). Major depression, dysthymia and depressive personality disorder, *British Journal of Psychiatry*, 165, suppl 26, 23-30.

Hofer (1678). *Dissertatio curiosa de nostalgia vulgo*. Heinwek oder Heinwehsucht, Busel.

Holmes, J. (1993). Attachment theory : a biological basis for psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 163, 430-438.

Holmes, J. (1993). John Bowlby and attachment theory. Londres : Routledge.

Holmes, J. (1998). Defensive and creative uses of narrative in psychotherapy: an attachment perspective. In: G. Roberts, & J. Holmes (Eds), *Narrative and psychotherapy and psychiatry* (pp. 49-68). Oxford : Oxford University Press.

Huber, W. (1993). *L'homme psychopathologique et la psychologie clinique*. Paris : Presses Universitaires de France.

Hybels, C.F.; Steffens, D.C.; McQuoid, D.R.; Rama Krishnan, K.R (2005). Residual symptoms in older patients treated for major depression. *International. Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 1196–202.

Hybels, C.F., Pieper, C.F., Blazer, D.G., & Steffens, D.C. (2008). The Course of Depressive Symptoms in Older Adults With Comorbid Major Depression and Dysthymia. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16 (4), 300-309.

Janet, P. (1898). *Névrose et idées fixes*. Paris : Alcan. Nouvelle édition ; Paris : Masson, 1990, 523 pages.

- Jeammet, P. & Birot, E. (1995). Psychopathologie des tentatives de suicide : étude statistico-clinique. In : X. Pommereau, P. Jeammet, D. Hernandez, P. Guitton *et al.*, *Adolescence et suicide* (pp. 92-109). Paris : Masson, 198 pages.
- Joffe, R., & Regan, J. (1988). Personality and depression. *Journal of Psychiatric Research*, 22, 279-86.
- Jouvent, R., & Carton, S. (1994). *L'émotion dérégulée*. In D. Widlöcher, *Traité de Psychopathologie*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Jouvent, R., & Widlöcher, D. (1994). Les théories psychologiques, la vulnérabilité et la dépression. *L'Encéphale*, 20, 639-643.
- Kearns, N.P., Cruickshank, C.A., Mc Guigan, K.J., Riley, S.A., Shaw, S.P., Snaith, R.P. (1982). A comparison of depression rating scales. *British Journal of Psychiatry*, 141, 45-49.
- Keller, M.B. (2003). Past, Present, and Future Directions for Defining Optimal Treatment Outcome in Depression, Remission and Beyond. *Journal of the American Medical Association*, 289, 3152–3160.
- Kendler, K.S. (1997). The diagnostic validity of melancholic major depression in a population-based sample of female twins. *Archives of General Psychiatry* 54, 299-304.
- Kerlinger, F.N. (1964). *Foundations of behavioral research: Educational and psychological inquiry*. London: Holt, Rinehart & Winston.
- Kernberg, O. (1994). Review of Pathological Organizations in Psychotic, Neurotic, and Borderline Patients. *International Journal of Psychoanalysis*. 75, 159-162.
- Kernberg, O. (1997). *La personnalité narcissique*. Paris : Dunod.
- Kernberg, O. (1997). *Les troubles limites de la personnalité*. Paris : Dunod.
- Khan, R., Van Praag, H.M., & Wetzler, S. (1988). Serotonin and anxiety revisited. *Biological Psychiatry*, 23, 189-208.

Kielhoz, P. (1959). Diagnostic and therapy of the depressive state. *Acta psychosomatica Documenta Geigny, 1, American series.*

Kirkpatrick, L.A., & Davis, K.E. (1994). Attachment style, gender, and relationship stability : A longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 66, 502-512.*

Kirkpatrick, L.A., & Hazan, K.E. (1994). Attachment styles and close relationships : A four-year prospective study. *Personal Relationships, 1, 123-142.*

Klein, M. (1929). Les situations d'angoisse de l'enfant et leur reflet dans une oeuvre d'art et dans l'élan créateur. In *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot, 1974.

Klein, M. (1932). *La psychanalyse des enfants*. Paris : Presses Universitaires de France, 1959.

Klein, M. (1935). Contribution à l'étude de la psychogénèse des états maniaco-dépressifs. In *Essais de psychanalyse* (pp. 370-424). Paris : Payot, 1974.

Klein, M. (1940). Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs. In *Essais de psychanalyse* (pp. 341-369). Paris : Payot, 1974.

Klein, M. (1974). *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot, 452 pages.

Kobak, R. , Cole, H., Fleming, W., Ferenz-Gillies, R. & Gamble, W. (1993). Attachment and emotion regulation during mother-teen problem-solving: A control theory analysis. *Child Development, 64, 231-245.*

Kraepelin, E. (1915). Cité dans Pédinielli, J.L., & Bernoussi, A. (2004). *Les états dépressifs*. Paris : Nathan, Collection 128.

Kreisler, L. (1992). *La psychosomatique de l'enfant*. Paris : Presses Universitaires de France.

Lafontaine, M.F., & Lussier, Y. (2003). Évaluation bidimensionnelle de l'attachement amoureux. *Revue canadienne des sciences du comportement, 35, 56-60.*

Lagache, D. (1949). *L'unité de la psychologie*. Paris : Presses Universitaires de France, Quadrige, 7^{ème} édition, 2004.

Lam, D. H., Green, B., Power, M. J., & Checkley, S. (1996). Dependency, matching adversities, length of survival and relapse in major depression. *Journal of Affective Disorders*, 37, 81–90.

Lampérière, T., Lépine, J.P., Rouillon, F., Hardy, P., Ades, J., Luaute, J.P., & Ferrand, I. (1984). Comparaison de différents instruments d'évaluation de la dépression à l'occasion d'une étude sur l'Athymil 30 mg. *Annales médico-psychologiques*, 142, 1206-1212.

Lançon, C. (2011). Dépressions sévères : événements de vie, histoire du sujet. *L'Encéphale*, 35, sup. 7, 279-281.

Lanouzière, J. (2005). Mélancolie, sexe et féminité. In : C. Chabert, R. Kaës, J. Lanouzière, A. Shniewind, *Figures de la dépression* (pp 93-158). Paris : Dunod.

Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (1967-2002). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : Presses Universitaires de France, Quadrige.

Le Camus, J. (1992). Attachement et détachement. Examen critique de la théorie de Bowlby 1907-1990. *Enfance*, 46, 201-212.

Le Camus, J. (1994b). L'Attachement : une théorie à redécouvrir et à parachever. *Psychiatrie de l'enfant*, 37 (2), 659-681.

Le Camus, J. (1995c). Les interactions père-enfant en milieu aquatique. *Revue Internationale de Pédiatrie*, n°255, tome XXVI, 7-17.

Le Camus, J. (2000). *Le vrai rôle du père*. Paris : Odile Jacob.

Le Camus, J., Labelle, F., & Zaouche-Gaudron, C. (1997). *Le rôle du père dans le développement du jeune enfant*. Paris : Nathan.

Lecours, S. (2001). Mentalisation des affects et dépression. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie médicale*, 49 (5), 43-48.

Légeron, P., André, C., & Mirabel-Sarron, C. (2003) Thérapies comportementales et cognitives de la dépression. In : J.P, Olié, M.F., Poirier, & H., Lôo, *Les maladies dépressives* (pp. 551-567). Paris : Flammarion-Éditions Médecine-Sciences, 2^{ème} édition.

Lee, A., & Hankin, B. (2009). Insecure Attachment, Dysfunctional Attitudes, and Low Self-Esteem Predicting Prospective Symptoms of Depression and Anxiety During Adolescence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 38(2), 219–231.

Lewis, M. (1997). *Altering fate: Why the past does not predict the future*. New York: Guilford.

Loas, G. (2002). La personnalité dépendante. In : A. Féline, Guelfi, J.D., & P. Hardy, *Les troubles de la personnalité* (pp. 230-244). Paris : Médecine-Sciences Flammarion.

Lôo, H., Lôo, P. (1991). *La dépression*. Paris : Presses Universitaires de France, coll. Que sais-je ?.

Lôo, H., Dalery, J., Macher, J.P., & Payen, A. (2003). Étude pilote comparant en aveugle l'effet thérapeutique de deux doses d'agomélatine, agoniste des récepteurs de la mélatonine et antagoniste des récepteurs 5HT_{2c}, chez 30 patients présentant un épisode dépressif majeur. *L'Encéphale*, 29 (2), 165-171.

Lôo, H., Olié, J. P., Poirier M. F. (2003). Chimiothérapies dépressives. In : J.P, Olié, M.F., Poirier, & H., Lôo. (sous la dir.), *Les maladies dépressives* (pp. 493-527). Paris : Médecine-Sciences Flammarion, 2^{ème} édition.

Lopez, F. G., & Gormley, B. (2002). Stability and change in adult attachment style over the first-year college transition: Relations to self-confidence, coping, and distress patterns. *Journal of Counseling Psychology*, 49, 355-364.

Lorenz, K. (1935-1966). *On Aggression*. New York : Bantam Books (2ème édition, New York: Harcourt, Brace & World).

Lussier Y. (1992). *Traduction française de l'auto-questionnaire RQ (Bartholomew et Horowitz, 1991)*. Document inédit. Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières.

Maddux, R. E., Riso, L. P., Klein, D. N., Markowitz, J. C., Bothbaum, B. O., Arnow, B. A., Manber, R., Blalock, J. A., Keitner, G. I., & Thase, M. E. (2009). Select comorbid personality disorders and the treatment of chronic depression with nefazodone, targeted psychotherapy, or their combination. *Journal of Affective Disorders*, 11(3), 174–179.

Maier, W., Philip, M. (1985). Comparative analysis of observer depression scales. *Acta Psychiatria Scandinava*, 72, 239-245.

Main, M. (1981). Avoidance in the service of attachment : a working paper. In K. Immelmann, G. Barlow, L. Petrinovich et M. Main (Eds), *Behavioral development : The Bielefeld Interdisciplinary Project*. New York : Cambridge University Press.

Main, M. (1990). Cross-cultural studies of attachment organisation : Recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies. *Human development*, 33 (1), 48-61.

Main, M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) versus multiple (incoherent) models of attachment. Findings and directions for future research. In C.M. Parkes, J. S. Stevenson Hide, & P. Marris, *Attachment Across the Life Cycle* (p 127-159). London, New York : Tavistoc-Routledge.

Main, M. & Weston, D.R. (1981). The quality of the toddler's relationship to mother and father: related to conflict behaviour and readiness to establish new relationships. *Child Development*, 52, 932-940.

Main, M., Kaplan, K., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood : a move to the level of representations. In: I., Bretherton, & E., Waters. (Eds), *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the society for research in child development, 50 (1-2 serial No. 209)*, 66-104.

Main, M., & Salomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M.T. Greenberg, D. Cicchetti, & E.M. Cummings, *Attachment during the preschool years: Theory, research and intervention* (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.

Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M.T. Greenberg, D. Cicchetti, & E.M. Cummings, *Attachment during the preschool years: Theory, research and intervention* (pp. 161-182). Chicago: University of Chicago Press.

Main, M., Hesse, E., & Kaplan, N. (2005). *Predictability of attachment behaviour and representational processes at 1, 6, and 18 years of age: The Berkeley Longitudinal Study*. In K.E. Grossmann, K. Grossmann, & E. Waters (Eds) (pp. 245-304). New York: Guilford Press.

Malan, D.H. (1975). *La psychothérapie brève*. Paris : Payot, 318 pages.

Mallinckrodt, B., & Wei, M. (2005). Attachment, social competence, social support, and psychological distress. *Journal of Counseling Psychology, 52*, 358-367

Manço, A. (1999). *Intégration et identités. Stratégies et positions des jeunes issus de l'immigration*. Bruxelles : De Boeck.

Martinot, D. (1995). *Le Soi. Les approches psychosociales*. Grenoble: Presses universitaires de Grenoble.

Marty, P. (1991). *Mentalisation et psychosomatique*. Paris : Les empêcheurs de penser en rond.

McIntyre, R., Konarski, J.Z., Mancini, D.A., Fulton, K.A., Parikh, S.V., Grigoriadis, S., Grupp, L.A., Bakish, D., Filteau, M.J., Gorman, C., Nemeroff, C.B., Kennedy, S.H. (2005). Measuring the severity of depression and remission in primary care: validation of the HAM-D-7 scale. *CMAJ* 173, 1–8.

McKeown, B. & Thomas, D. (1976). *Q-Methodology*. Sage University Paper Series on Quantitative Applications in the Social Sciences. Series No. 07-066. Newbury Park, London and New Delhi: Sage Pubns.

Messina, N., Boulenger, J.P.H., & Lavalée, Y.J. (1995). Théories cognitives des troubles dépressifs. In : J.P. Olié, M.F., Poirier, & H., Léo, *Les maladies dépressives* (pp. 334-342). Paris : Flammarion-Éditions Médecine-Sciences.

Mikulincer, M., Shaver, P.R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation : The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, 27, 77-102.

Miljkovitch, R. (2001). *L'attachement au cours de la vie*. Paris : Presses Universitaires de France, coll. le fil rouge.

Miljkovitch, R. (2002). L'attachement au niveau des représentations. . In N. Guedeney, & A. Guedeney, *L'attachement, Concepts et applications* (pp. 17-25). Paris : Masson, collection Les âges de la vie.

Miljkovitch, R. (2009). *Les fondations du lien amoureux*. Paris : Presses Universitaires de France, coll. Le lien social.

Miljkovitch, R., Pierrehumbert, B., Turganti, G., & Halfon, O. (1998). La contribution distincte du père et de la mère dans la construction des représentations d'attachement du jeune enfant. *Enfance*, 3, 103-116.

Miljkovitch, R., Pierrehumbert, B, Bretherton, I. & Halfon, O. (2004). Associations between parental and child attachment representations. *Attachment and Human Development*, 6(3), 305-325.

Miljkovitch, R., Pierrehumbert, B, Karmaniola, A., Bader, M. & Halfon, O. (2005). Assessing attachment cognitions and their association with depression in youth with eating or drug misuse disorders. *Substance Use & Misuse*, 40 (5), 605-623.

Miljkovitch, R., & Pierrehumbert, B. (2005). Le père est-il l'égal de la mère ? Considérations sur l'attachement père-enfant. *Cahiers critiques de Thérapie Familiale et de pratiques de Réseaux*, 35, 115-130.

Miljkovitch, R., & Cohin, E. (2007). L'attachement dans la relation de couple : une continuité de l'enfance ? *Dialogue*, 175, 87-96.

Miller, W. R., & Seligman, M. E. P. (1973). Learned helplessness, depression and the perception of reinforcement. *Journal of Abnormal Psychology*, 82, 62-73.

Millet, B. (2007). Hypothèses neuro-développementales de la dépression. *L'Encéphale*, 33 (4), 655-660.

Mirabel-Sarron, C. & Vera, L. (1997a). Techniques de thérapies comportementales. In : *Encyclopédie médico-chirurgicale, psychiatrie*, 37-820-A-45. Paris : Elsevier.

Mirabel-Sarron, C, Vera L. (1997b). *Estime de soi et dépression. Une étude comparative*. Congrès de l'Association Française de Thérapie comportementale et cognitive (AFTCC). Communication orale. Paris.

Mirabel-Saron, C., Vera, L., Samuel-Lajeunesse, B. (2001). Estime de soi et dépression. *Annales médico-psychologiques*, 159 (2), 144-148.

Mirabel-Saron, C. (2002). *La dépression ; comment s'en sortir ?* Paris : Odile Jacob.

Mirabel-Saron, C. (2007). Les psychothérapies de la dépression entre effet curatif et effet préventif : y a-t-il une place à privilégier ? *Annales Médico-Psychologiques*, 165, 593-597.

Montgomery, S.A., & Asberg, M. A. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134, 382-389.

Montgomery, S.A., Montgomery, D.B., Baldwin D., & Green, M. (1989). Intermittent 3-day depressions and suicidal behaviour. *Neuropsychobiology*, 22, 128-134.

Montgomery, S.A., Montgomery, D.B., Baldwin D., & Green, M. (1990). The duration, nature and recurrence rate of brief depressions. *Neuropsych. Biol. Psychiatry*, 14, 729-735.

Morel, P. (1996). Mélancolie ou Dépression : de la bile noire à la sérotonine. In T. Lempérière (sous la dir.), *Aspects évolutifs de la dépression* (pp. 3-15). Paris : Masson, PRID.

Mulder, R. T., Joyce, P. R., & Luty, S. E. (2003). The relationship of personality disorders to treatment outcome in depressed outpatients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(3), 259-264.

Murphy, B., & Bates, G.W. (1997). Adult attachment style and vulnerability to depression, *Personality and Individual Differences*, 22 (6), 835-844.

Olié, J.P., & Baylé, F.J. (1995). Dépressions, troubles de l'humeur et psychoses maniaco-dépressives. In : J.L Senon, D. Sechter, D. Richard, *Thérapeutique psychiatrique* (pp. 773-795). Paris : Hermann.

Olié, J.P., Poirier, M.F., & H., Lhô. (sous la dir.) (1995) *Les maladies dépressives*. Paris : Médecine-Sciences Flammarion.

Owens, G., Crowell, J. A., Pan, H., Treboux, D., O'Connor, E., & Waters, E. (1995). The prototype hypothesis and the origins of attachment working models: Adult relationships with parents and romantic partners. In E. Waters, B. E. Vaughn, G. Posada, & K. Kondo-Ikemura (Eds.), *Caregiving, cultural, and cognitive perspectives on secure-base behavior and working models: New growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*.

Parker, G., Tupling, H. & Brown, L.B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.

Pasche, F. (1969). De la dépression. In : A partir de Freud. Paris : Payot.

Patten, S.B. (1991). Are the Brown and Harris "vulnerability factors" risk factors for depression ? *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 16 (5), 267-271.

Paykel, E.S. (1974). Recent life events and clinical depression. In E. K. Gunderson, & R. H. Rahe (Eds), *Life Stress and Psychiatric Illness* (pp. 134-163). Springfield : Charles C. Thomas, III.

Paykel, E.S. (1983). Methodological aspects of life events research, *Journal of Psychosomatic Research*, 27, 341-352.

Paykel, E.S., & Cooper, Z. (1991). Recent Life events and psychiatric illness. In : A. Selva, *The European Handbook of Psychiatry and Mental Health* (pp.350-363). Barcelone : Anthropos.

Pédinielli, J. L. (1994). *Introduction à la psychologie clinique*. Paris : Nathan université, Collection 128.

Pédinielli, J.L., & Bernoussi, A. (2004). *Les états dépressifs*. Paris : Nathan, Collection 128.

Pellet, J., Decrat, M., Lang, F., Chazot, L., Tatut, P., Blanchon, Y., & Berlier, J.M. (1987) Description d'un échantillon de 300 échelles MADRS portant sur des sujets déprimés. *Annales Médico-Psychologiques*, 142, 1206-1212.

Perdereau, F., & Atger, F. Evaluation de l'attachement chez l'adulte et l'adolescent. In N. Guedeney, & A. Guedeney, *L'attachement, Concepts et applications* (pp. 93-102). Paris : Masson, collection Les âges de la vie.

Permy, B., Merino, H., & Rey, J. (2010). Adult attachment styles and cognitive vulnerability to depression in a sample of undergraduate students: The mediational roles of sociotropy and autonomy. *International Journal of Psychology*, 45(1), 21-27.

Perris, C. (1984). The distinction between bipolar and unipolar affective disorders. In : ES Paykel. *Handbook of affective disorders* (pp 45-58). New York : Guilford Press.

Pezawas L., Meyer-Lindenberg A., Drabant E. M., Verchinski B. A., Munoz K. E., Kolachana B. S., Egan, M.F., Mattay, V.S., Hariri, A.R., & Weinberger, D.R (2005). 5-HTTLPR Polymorphism Impacts Human Cingulate-Amygdala Interactions: a Genetic Susceptibility Mechanism for Depression. *Nature Neuroscience*, 8 (6), 828-834.

Pham Scottez, A., & Guelfi, J.D. (1999). Instruments de diagnostic des troubles de la personnalité. *Annales Médico-psychologiques*, 157 (5), 340-343.

Philips, K.A., Gunderson, J.G., Hirschfeld, R.M.A. et al. (1990). A review of the depressive personality. *American Journal of Psychiatry*, 147 (7), 830-837.

Piaget, J. (1947). *La représentation du monde chez l'enfant*. Paris : Presses Universitaires de France.

Piaget, J. (1948). *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*. Lausanne : Delachaux et Niestlé.

Picardi, A., Caroppo, E., Toni, A., Bitetti, D., & Di Maria, G. (2005). Stability of attachment-related anxiety and avoidance and their relationships with the five-factor model and the psychobiological model of personality. *Psychology and Psychotherapy*, 78 (3), 327-345.

Pielage, S.B, Bareld, D.P.H., & Gerlsma J. (2006). The Instability of the Relationship Questionnaire. In : S.B Pielage, *Adult attachment and psychosocial functioning* (pp. 19-36). Groningen: Enschede Febodruk.

Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., Sieyes, 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. (2000). Histoire à compléter : La contribution du père et de la mère dans l'histoire de l'enfant. In O. Halfon, F. Ansermet, & B. Pierrehumbert (Eds), *Filiations Psychiques* (pp. 279-295). Paris : Presses Universitaires de France.

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.

Pietromonaco, P. R., & Barrett, L. F. (1997). Working models of attachment and daily social interactions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 1409-1423.

Pietromonaco, P. R., & Barrett, L. F. (2000). The internal working models concept: What do we really know about the self in relation to others? *Review of General Psychology*, 4, 155-175.

Pigeaud, J. (1981). La maladie de l'âme. Etude sur la relation de l'âme et du corps dans la tradition médico-philosophique antique. Paris : Belles-lettres.

Pilkonis, P. A., & Frank, E. (1988). Personality pathology in recurrent depression : nature, prevalence and relationship to treatment response. *American Journal of Psychiatry*, 145, 435-441.

Pinel, P. (1801). *Traité philosophique de l'aliénation mentale et de la manie*. Paris : Caille & Ravier, In -8 de LVI, 318 pages.

Pionné, N., & Atger, F. (2003). Attachement et adolescence. *Perspectives Psychiatriques*, 42, (2), 129-133.

Poirier, M.F. (2003). Théories biologiques. In : J.P, Olié, M.F., Poirier, & H., Lôo. (sous la dir.), *Les maladies dépressives* (pp. 413-425). Paris : Médecine-Sciences Flammarion, 2^{ème} édition.

Priel, B., & Shamai, D. (1995). Attachment style and perceived social support: Effects on affect regulation. *Personality and Individual Differences*, 19(2), 235-241.

Purper-Ouakil, D., G. Michel, G., & Mouren-Siméoni, M.C. (2002). La vulnérabilité dépressive chez l'enfant et l'adolescent : Données actuelles et perspectives. *L'Encéphale*, 28, 234-240.

Pwezner, E. (2003). *Introduction à la psychopathologie de l'adulte* . Paris : Armand Colin, Cursus, 2^{ème} édition.

Raffaitin, F. (sous la dir.) (1997). *Le livre blanc de la dépression*. Toulouse : Privat.

Rank, O. (1924). *Le traumatisme de la naissance*. Paris : Payot, 2002.

Reynolds, W. M. (1992). Depression in children and adolescents. In W. M. Reynolds (Ed.), *Internalizing disorders in children and adolescents* (pp. 149-253). New York : Wiley.

Reis, S., & Grenyer, B.F. (2004). Fear of intimacy in women: relationship between attachment styles and depressive symptoms. *Psychopathology*, 37(6), 299-303.

Reis, S. & Grenyer, B. F. S. (2004), Fearful attachment, working alliance and treatment response for individuals with major depression. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11 (6), 414-424.

Reynaud, M., Chahraoui, K. Vinay, A. Jebrane, A., Bonin, B., Gisselman, A., & Larome, A. (article accepté, juin 2011). Evolution des styles d'attachement romantique et interpersonnel au cours de l'hospitalisation chez des femmes adultes déprimées. *L'Encéphale (sous presse)*.

Reynaud, M., Chahraoui, K., Bonin, B., Gisselman, A., (2007). Représentations et styles d'attachement chez des patientes hospitalisées pour état dépressif. Communication affichée au 5^{ème} Congrès de L'Encéphale, Paris, 25 au 27 Janvier 2007, *Nouvelle série*, 32, p16.

Reynaud, M., & Chahraoui, K. (2007). Rôle des représentations et des styles d'attachement dans la dépression. Etude auprès de femmes déprimées hospitalisées. Communication affichée au XIII^{ème} colloque national et international Junior en Psychopathologie à l'Université de Paris V, 1^{er} et 2 Juin, livre des résumés, p 52.

Reynaud, M., Chahraoui, K., & Vinay, A. (2008). Dépression chez la femme : continuité ou modification des styles d'attachement ? Communication orale au Congrès de la Société Française de Psychologie, Université de Bordeaux 2, 10 au 12 Septembre 2008.

Reynaud, M. & Bronisz, A.E. (2010). Attachement et Musicothérapie : De la théorie à la pratique clinique. Communication orale, *Quatrième journée de conférence « Musicothérapie et Attachement » organisée par l'Association Française de Musicothérapie et l'Atelier de Musicothérapie de Bourgogne* au C.H de Sevrey (71).

Ribot, T. (1896-1939). *La psychologie des sentiments*. Paris : Alcan. Presses Universitaires de France, Bibliothèque de Philosophie Contemporaine. 16^{ème} édition.

Roberts, J.E., Gotlib, I.H, Kassel, J.D. (1996) Adult attachment security and symptoms of depression: the mediating roles of dysfunctional attitudes and low self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 310-320.

Rogers, J. H., Widiger, T. A., & Krupp, A., 1995, Aspects of Depression Associated with Borderline Personality Disorder, *American Journal of Psychiatry*, 152, 268-270.

Roseinstein, D., & Horowitz, H.A. (1996). Adolescent Attachment and Psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 244-253

Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York : Basic Books.

Rossi, A., Marinangeli, M.G., Butti, G., Scinto, A., Di Cicco, L., Kalyvola, A., & Petruzzi, C. (2001). Personality disorders in bipolar and depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 65, 3–8.

Rouillon, F. (2005). *Guide pratique de psychiatrie*. Paris : Masson, 2^{ème} édition.

Rubin, K.H., Mills, R.S. (1991). Conceptualizing developmental pathways to internalizing disorders in childhood. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 23 (3), 300-317.

Russell, J.M., Kornstein, S.G., Shea, M.T., McCullough, J.P, Harrison, W.M., Hirschfeld, R.M, & Keller M.B. (2003). Chronic depression and comorbid personality disorders: response to sertraline versus imipramine. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 554-561.

Sarramon C, Baheux C, Charitat H. Dorso, M. E., & Cadilhac, P (1999). Profil psychodynamique de personnalité (Kapp) chez des anorexiques et des consommateurs d'opiacés. *Annales Médico-Psychologiques*, 157, 422-428.

Schachner, D. A., Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2005). Patterns of nonverbal behavior and sensitivity in the context of attachment relationships. *Journal of Nonverbal Behavior*, 29, 141-169

Scharfe, E. (2003). Stability and change of attachment representations from cradle to grave. In: S.M. Johnson, & V.E. Whiffen (Eds.), *Attachment processes in couple and family therapy* (pp 64-84). New York : Guilford.

Scharfe, E. (2007). Cause or consequence ? : Exploring causal links between attachment and depression. *Journal of social and clinical psychology*, 26(9), 1048-1064.

Scharfe, E., & Bartholomew, K. (1994). Reliability and stability of adult attachment patterns. *Personal Relationships*, 1, 23-43.

Scharfe, E., & Bartholomew, K. (1995). Accomodation and attachment representations in young couples. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12, 389-401.

Seligman, M. E. P. (1974). Depression and learned helplessness. In R.J. Friedman and M.M. Katz (Eds.), *The Psychology of depression: Contemporary theory and research*, Winston-Wiley. Reprinted in Rosenhan, D. *Theory and Research in Abnormal Psychology*.

Seligman, M. E. P. (1975). *Helpness : On depression, development, and death*. San Francisco: W.H. Freeman.

Seligman, M. E. P., & Peterson, C. (1986). A learned helplessness perspective on childhood depression: Theory and research. In M. Rutter, C.E. Izard, & P. Read (Eds.), *Depression in young people: Developmental and clinical perspectives* (pp. 223-249). New York : Guilford.

Shank, R. C. (1982). *Dynamic memory: A theory of reminding and learning in computers and people*. Cambridge, England : Cambridge University Press.

Shaver, P. R., Belsky, J., & Brennan, K. A. (2000). Comparing measures of adult attachment: An examination of interview and self-report methods. *Personal Relationships*, 7, 25-43.

Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2002a). Attachment-related psychodynamics. *Attachment and Human Development*, 4, 133-161.

Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2002b). Dialogue on adult attachment: Diversity and integration. *Attachment and Human Development*, 4, 243-257.

Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2005). Attachment theory and research: Resurrection of the psychodynamic approach to personality. *Journal of Research in Personality*, 39, 22-45.

Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2009). Attachment theory and attachment styles. In M. R. Leary & R. H. Hoyle (Eds.), *Handbook of individual differences* (pp. 62-81). New York: Guilford Press.

Shaver, P.R, Schachner, D.A, Mikulincer, M. (2005). Attachment Style, excessive reassurance seeking, relationship processes, and depression. *Personality and Social Psychology*, 31(3), 343-359

Shea, M.T., Pilkonis P.A., Beckam E., Collins, J. F., Elkin, I., Sotsky, S. M. & Docherty, J. P. (1990). Personality disorders and treatment outcome in the NIMH treatment of depression collaborative research program. *American Journal of Psychiatry*, 147, 711-718.

Sibley, C.G., & Liu, J.H. (2004). Short-term temporal stability and factor structure of the Revised Experiences in Close Relationships (ECR-R) measure of adult attachment. *Personality and Individual Differences*, 36, 969–975

Simpson, J. (1990). Influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 971–980.

Simpson, J.A, Rholes, W.S, & Nelligan, J.S. (1992). Support seeking and support giving within couples in a anxiety-provoking situation. The role of attachment styles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 434-446.

Sire, D. (2007). Les troubles dépressifs : données économiques et médico-économiques. *L'Encéphale*, 33 (1), Hors-série, 231-234.

Skodol, A.E., Gallaher, P.E, & Oldham, J.M. (1996). Excessive dependency and depression: is the relationship specific? *Journal of Nervous & Mental Disease*, 184, 165–171.

Spiker, D.G., & Weiss, J.C. & Dealy, R.S (1985). The pharmacological treatment of delusional depression. *American Journal of Psychiatry*, 142, 430-436.

Spitz, R. A. (1945). Hospitalism. In R. S. Eissler, (Ed.), *The psychoanalytic study of the child (Vol. I)*. New York: International Universities Press.

Spitz, R. A. (1946). Hospitalism: A follow-up report. In R. S. Eissler, (Ed.), *The psychoanalytic study of the child (Vol. II)*. New York: International Universities Press.

Spitz, R. A. (1968). *De la naissance à la parole: La première année de la vie*. Paris : Presses Universitaires de France.

Sroufe, L. A. (1996). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. New York: Cambridge University Press.

Sroufe, L. A., & Waters, E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child Development, 48*, 1184-1199.

Sroufe, L. A., Egeland, B., & Kreutzer, T. (1990). The fate of early experience following developmental change: Longitudinal approaches to individual adaptation in childhood. *Child Development, 61*, 1363-1373.

Stein, M.B., Kirk, P., Prabhhu, V., Grott, M., Terepa, M., (1995). Mixed anxiety-depression in a primary-care clinic. *Journal of Affective Disorders, 34*, 79-84.

Stephenson, W. (1935). Correlating persons instead of tests. *Charact. & Pers., 4*, 17-24.

Suttie, I. D. (1935). *The Origins of love and Hate*, London : Kegan Paul.

Tasca, G. A., Szadkowski, L., Illing, V., Trinneer, A., Grenon, R., Demidenko, N., Krysanski, V., Balfour, L., & Bissada, H. (2009). Adult attachment, depression, and eating disorder symptoms: The mediating role of affect regulation strategies. *Personality and Individual Differences, 47*(6), 662-667.

Tulving, E. (1972). Episodic and semantic memory. In E. Tulving, & W. Davidson (Eds), *Organization of Memory* (pp 382-403). New York : Academic Press.

Tychev (De), C. (2001). Surmonter l'adversité: les fondements dynamiques de la résilience. *Cahiers de Psychologie Clinique, 16*, 49-68.

Vinay, A. (2001). *Entre stratégie d'attachement et stratégie de coping : une identité en construction chez les adolescents adoptés*. Unpublished Master's thesis, Université de Toulouse Le Mirail, Toulouse, France.

Waters, E. & Deane, K.E. (1985). Defining and assessing individual differences in attachment relationships: Q-Methodology and the organization of behavior in infancy and early childhood. In: I.Bretherton & E.Waters (Eds.). *Growing points of attachment theory and research* (pp. 41-62). *Monographs of the Society for research in child development*, 50, 1-2.

Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J., & Albersheim, L. (2000). Attachment stability in infancy and early adulthood: A 20-year longitudinal study. *Child Development*, 71, 684-689.

Waters, E., Weinfield, N. S. & Hamilton, C. E. (2000), The Stability of Attachment Security from Infancy to Adolescence and Early Adulthood : General Discussion. *Child Development*, 71, 703-706.

Wei, M., Heppner, P. P., & Mallinckrodt, B. (2003). Perceived coping as a mediator between attachment and psychological distress: A structural equation modeling approach. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 438-447.

Wei, M., Mallinckrodt, B., Russell, D. & Abraham, T. (2004). Maladaptive perfectionism as a mediator and moderator between attachment and depressive mood. *Journal of Counseling Psychology*, 51, 201-212.

Wei, M., & Heppner, P. P. (2005a). Counselor and client predictors of the initiate working alliance: A replication and extension to Taiwanese client-counselor dyads. *The Counseling Psychologist*, 33, 51-71.

Wei, M., Vogel, D. L., Ku, T., & Zakalik, R. A. (2005b). Adult attachment, affect regulation, psychological distress, and interpersonal problems: The mediating role of emotional reactivity and emotional cutoff. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 14-24.

Wei, M., Russel, D.W., Mallinchrodt, B., & Vogel, D.L. (2007). The experiences in Close Relationship Scale (ECR)-Short Form : Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 88, 187-204.

Weinfield, N.S., Whaley, G.J.L., & Egeland, B. (2004). Continuity, discontinuity, and coherence in attachment from infancy to late adolescence: Sequelae of organization and disorganization. *Attachment and Human Development*, 6, 73-97.

Weiss, E.L., Longhurst, J.G, & Mazure, C.M. (1999). Childhood Sexual Abuse as a Risk Factor for Depression in Women: Psychosocial and Neurobiological Correlates. *American Journal of Psychiatry*, 156, 816-828.

Weisz, J. R., & Weiss, B. (1991). Studying the 'referability' of child clinical problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 266-273.

Weisz, J.R., Suwanlert, S., Chaiyasit, W., Weiss, B., Achenbach, T.M., & Eastman, K.L. (1993). Behavioral and emotional problems among Thai and American adolescents: Parent reports for ages 12- 16. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 395-403.

West, M.L., & Sheldon-Keller, A.E. (1994). *Patterns of Relating : An Adult Attachment Perspective*. New York : Guilford Press.

West, M.L., Rose, M.S., & Verhoef, M.J. (1998). Anxious Attachment and Self-Reported Depressive Symptomatology. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43(3) : 294-97.

Whiffen, V.E. (2005). The role of partner characteristics in attachment insecurity and depressive symptoms. *Personal Relationships*, 12, 407-423.

Widlöcher, D. (1979). Intervention au Colloque Imaginaire sur l'Attachement. In R., Zazzo (Eds), *Le colloque sur l'Attachement (2^{ème} édition)* (pp. 98-102). Neuchâtel, Paris : Delachaux et Niestlé.

Widlöcher, D. (1983). *Les Logiques de la dépression*. Paris : Fayard, Collection « le temps des sciences ».

Widlöcher, D. (1983). *Le ralentissement dépressif*. Paris : Presses Universitaires de France, 96 pages.

Widlöcher, D. (2000). Amour primaire et sexualité infantile : un débat de toujours. In : D. Widlöcher (sous la dir.), *Sexualité infantile et attachement* (pp 1-56). Paris : Presses Universitaires de France, Coll. « Petite Bibliothèque de psychanalyse ».

Whiffen, V.E. (2005). The role of partner characteristics in attachment insecurity and depressive symptoms. *Personal Relationships*, 12, 407-423.

Winnicott, D. (1956). Le rôle du miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant. In : *Jeu et Réalité* (pp. 153-162). Paris : Gallimard, 1975.

Winnicott, D.W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, Petite bibliothèque Payot, 1369 pages.

Young, M.A., Scheftner, W.A., Klerman, G.L., Andreasen, N.C. & Hirschfeld, R.M. (1986). The endogenous sub-type of depression: a study of its internal construct validity. *British Journal of Psychiatry*, 148, 257-67.

Zaghoudi L, El Moubarkim A, Halayem S, Ben Bechir, M., & Labbane, R. (2009). Relations entre styles d'attachement, perception du soutien social et dépression. *Annales Médico-psychologiques*, 167, 657-661.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., Reynolds, V., (1998). Axis I Comorbidity of Personality Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1733-1739.

Zang F., & Labouvie-Vief, G. (2004). Stability and fluctuation in adult attachment style over a 6-year period. *Attachment & Human Development*, 6(4), 419-437.

Zazzo, R. (1979). *Le colloque sur l'Attachement (2^{ème} édition)*. Neuchâtel, Paris : Delachaux et Niestlé.

Zeanah, C.H., & Barton, M.L. (1989). Internal representations and parent-infant relationships. *Infant Mental Health Journal*, 3, 135-142.

Zimmerman, M., Chelminski, I. & Posternak, M.A. (2004a). A review of studies of the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale in controls: Implications for the definition of remission in treatment studies of depression. *International Clinical Psychopharmacology*, *19*, 1-7.

Zimmerman, M., Posternak, M.A., & Chelminski, I. (2004b) Derivation of a definition of remission on the Montgomery Asberg Depression Rating Scale corresponding to the definition of remission on the Hamilton Rating Scale for Depression. *Journal of Psychiatric Research*, *38*, 577-582.

Zimmerman, M., Posternak, M.A., & Chelminski, I. (2004c). Defining remission on the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale. *Journal of Clinical Psychiatry*, *65*, 163-168.

Zisook, S., & Shuchter, S.R. (1991). Depression through the first year after the death of a spouse. *American Journal of Psychiatry*, *148*, 1346-1352.

Zuroff, D.C., & Fitzpatrick, D. (1995). Depressive personality styles: implications for adult attachment. *Personality and Individual Differences*, *18*, 253–265.

ANNEXES

ANNEXES

- Annexe 1 : Formulaire d'information et de consentement pour la recherche
- Annexe 2 : Données anamnestiques, cliniques et socio-démographiques
- Annexe 3 : Questionnaire abrégé de Beck (BDI)
- Annexe 4 : Echelle de dépression MADRS
- Annexe 5 : Auto-questionnaire Ca-mir
- Annexe 6 : Auto-questionnaire de Perception des Relations (RQ)
 - Evaluation catégorielle (Annexe 6 a)
 - Evaluation dimensionnelle (Annexe 6 b)
- Annexe 7 : Questionnaire des Expériences Amoureuses (ECR, QEAA)
- Annexe 8 : Annexe des Résultats (Tableau 47 à 60)

Annexe 1 : Formulaire d'information et de consentement pour la recherche

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT POUR UNE PERSONNE PARTICIPANT A UNE RECHERCHE BIOMEDICALE

Le docteur, sous la responsabilité du Pr A. GISSELMANN et du Pr B.BONIN, Hôpital Général, Service de psychiatrie (CHU) Boulevard Raines 21034 Dijon Cedex, médecins investigateurs, m'a proposé de participer à la recherche biomédicale intitulée « Dimensions de l'humeur, Rorschach et événements de vie dans la dépression », promoteur de cet essai, a contracté une assurance conformément à la loi. Le médecin m'a précisé que j'étais libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche.

Afin d'éclairer ma réflexion, j'ai reçu et bien compris les informations suivantes :

Il m'est proposé de participer à une étude concernant les difficultés psychologiques et sociales des personnes souffrant de dépression. Cette recherche a pour but de mieux expliquer et de mieux comprendre ces difficultés afin de les traiter plus correctement. Les contraintes correspondent au temps consacré à l'étude à savoir deux séances enregistrées de une heure et 30 minutes chacune comprenant un entretien, un test de tache d'encre et deux questionnaires. Les bénéfices que je peux en obtenir sont une meilleure évaluation de mes difficultés et une prise en charge plus précoce.

Cette recherche a reçu l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes participant à une recherche biomédicale (CCPPRB de Bourgogne - Dijon) le 16 Mars 2000.

J'accepte que les données nominatives me concernant recueillies à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'un traitement automatisé par les organisateurs de la recherche. 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. Pour toutes les informations de nature médicale, j'exercerai ce droit par l'intermédiaire d'un médecin de mon choix (article 40 de la loi 78-17 du 6 janvier 1978).

Les données recueillies demeurent strictement confidentielles. Elles ne pourront être consultées que par l'équipe médicale, les personnes dûment mandatées par le promoteur de la recherche et éventuellement par des représentants des autorités administratives. Ses données pourront après anonymisation être intégrées à une publication scientifique.

Je peux à tout moment demander toute information complémentaire au professeur A. GISSELMANN ou au Professeur B. BONIN (03 80 29 37 69).

Après avoir discuté et avoir obtenu réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche décrite ci-dessus. Je suis parfaitement conscient(e) que je peux retirer à tout moment mon consentement, ma participation à cette recherche et cela quelles que soient mes raisons et sans supporter aucune responsabilité. Le fait de ne plus participer à cette recherche ne portera pas atteinte à mes relations avec le médecin investigateur qui me proposera, si je le souhaite et si besoin, une autre prise en charge.

Mon consentement ne décharge en rien l'investigateur et le promoteur de l'ensemble de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Fait àle.....

L'Investigateur :

Nom :

Signature :

Personne donnant le consentement :

Nom :

Signature :

(toutes les pages doivent être paraphées). Ce document est à réaliser en 2 exemplaires originaux, dont l'un doit être gardé 15 ans par l'investigateur et l'autre remis à la personne donnant son consentement.

Annexe 2 : Données anamnestiques, cliniques et sociodémographiques

ANAMNESE

Nom:

Date et heure de l'examen:

Prénom:

N° de DOSSIER:

Age:

Pays de naissance:

Scolarité:

- primaire
- secondaire
- supérieure

Commentaire [c1]:

Diplôme:

- Certificat études primaires
- BEPC
- CAP
- BEP
- BAC
- BTS
- Diplôme Universitaire

Profession:

Activité actuelle:

- Activité en cours
- Congé maladie, depuis.....
- Invalidité, depuis.....
- Chômage, depuis.....
- Retraite, depuis.....

Statut marital:

- Célibataire
- Marié (e)
- Concubinage
- Veuf (ve), depuis.....
- Séparé (e), depuis.....
- Divorcé (e), depuis.....

Vit avec

Nombre et âge des enfants:

Perte d'enfants:

Age et raisons de la perte:

Nombre de frères et soeurs:

Rang dans la fratrie:

Présence de décès chez les frères et soeurs:

Age des parents:

Décès des parents (date):

Antécédent de séparation chez les parents:

Age du sujet au moment de la séparation des parents:

Séparation avec la mère (âge et durée de la séparation):

Séparation avec le père (âge et durée de la séparation):

Décès ou séparation dans vos relations amoureuses

Décès ou séparation de personnes ayant compté beaucoup pour vous (positivement et significativement en dehors de vos parents et de vos amours))

ATCD Médicaux:

ATCD Chirurgicaux:

ATCD Psychiatriques:

Hospitalisation antérieure:
Episode dépressif:
Traitements:

ATCD Familiaux:

Début hospitalisation:

Traitement actuels:

T.S : oui, Non

ATCD T.S : oui, Non

Critères DSM IV:

- EDM
- Dysthymie
- Bipolaire
- Autre

4 - Réduction de sommeil

Correspond à une réduction de la durée ou de la profondeur du sommeil par comparaison avec le sommeil du patient lorsqu'il n'est pas malade.

- 0 Dort comme d'habitude.
- 1
- 2 Légère difficulté à s'endormir ou sommeil légèrement réduit, léger ou agité.
- 3
- 4 Sommeil réduit ou interrompu au moins deux heures.
- 5
- 6 Moins de deux ou trois heures de sommeil.

5 - Réduction de l'appétit

Correspond au sentiment d'une perte de l'appétit comparé à l'appétit habituel.

Coter l'absence de désir de nourriture ou le besoin de se forcer pour manger.

- 0 Appétit normal ou augmenté.
- 1
- 2 Appétit légèrement réduit.
- 3
- 4 Pas d'appétit. Nourriture sans goût.
- 5
- 6 Ne mange que si on le persuade.

6 - Difficultés de concentration

Correspond aux difficultés à rassembler ses pensées allant jusqu'à l'incapacité à se concentrer.

Coter l'intensité, la fréquence et le degré d'incapacité.

- 0 Pas de difficultés de concentration.
- 1
- 2 Difficultés occasionnelles à rassembler ses pensées.
- 3
- 4 Difficultés à se concentrer et à maintenir son attention, ce qui réduit la capacité à lire ou à soutenir une conversation.
- 5
- 6 Incapable de lire ou de converser sans grande difficulté.

7 - Lassitude

Correspond à une difficulté à se mettre en train ou une lenteur à commencer et à accomplir les activités quotidiennes.

- 0 Guère de difficultés à se mettre en route. Pas de lenteur.
- 1
- 2 Difficultés à commencer des activités.
- 3
- 4 Difficultés à commencer des activités routinières qui sont poursuivies avec effort.
- 5
- 6 Grande lassitude. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide.

8 - Incapacité à ressentir

Correspond à l'expérience subjective d'une réduction d'intérêt pour le monde environnant, ou les activités qui donnent normalement du plaisir.

La capacité à réagir avec une émotion appropriée aux circonstances ou aux gens est réduite.

- 0 Intérêt normal pour le monde environnant et pour les gens.
- 1
- 2 Capacité réduite à prendre du plaisir à ses intérêts habituels.
- 3
- 4 Perte d'intérêt pour le monde environnant. Perte de sentiment pour les amis et les connaissances.
- 5
- 6 Sentiment d'être paralysé émotionnellement, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir et impossibilité complète ou même douloureuse de ressentir quelque chose pour les proches parents et amis.

9 - Pensées pessimistes

Correspond aux idées de culpabilité, d'infériorité, d'auto-accusation, de péché, de remords et de ruine.

- 0 Pas de pensée pessimiste.
- 1
- 2 Idées intermittentes d'échec, d'auto-accusation ou d'auto-dépréciation.
- 3
- 4 Auto-accusations persistantes ou idées de culpabilité ou péché précises mais encore rationnelles. Pessimisme croissant à propos du futur.
- 5
- 6 Idées délirantes de ruine, de remords ou péché inexpiable. Auto-accusations absurdes et inébranlables.

10 - Idées de suicide

Correspond au sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, qu'une mort naturelle serait la bienvenue, idées de suicide et préparatifs au suicide.

Les tentatives de suicide ne doivent pas, en elles-mêmes, influencer la cotation.

- 0 Jouit de la vie ou la prend comme elle vient.
- 1
- 2 Fatigué de la vie, idées de suicide seulement passagères.
- 3
- 4 Il vaudrait mieux être mort. Les idées de suicide sont courantes et le suicide est considéré comme une solution possible mais sans projet ou intention précis.
- 5
- 6 Projets explicites de suicide si l'occasion se présente. Préparatifs de suicide.

Annexe 5 : Auto-questionnaire Ca-mir

Date :

N° Dossier :

ANNEXE 2

CA-MIR feuille de codage

No étude (à notre usage).....

	Etape			Etape			Etape	
	2	3		2	3		2	3
1 Dans notre famille, les expériences que chacun fait à l'extérieur sont une source de discussion et d'enrichissement pour tous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25 J'aime penser à mon enfance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49 Il est essentiel de transmettre à l'enfant le sens de la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Enfant, on me laissait peu d'occasions pour faire mes expériences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26 A l'adolescence, personne dans mon entourage n'a jamais vraiment compris mes soucis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50 De mon expérience d'enfant, j'ai compris qu'on n'est jamais assez bien pour ses parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Les menaces de séparation, de placement ou de rupture des liens familiaux sont une composante de mes souvenirs d'enfance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27 En famille, lorsque l'un de nous a un problème, les autres se sentent concernés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51 J'ai de la peine à me remémorer précisément les événements de mon enfance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Dans ma famille, chacun exprime ses émotions sans craindre les réactions des autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28 Actuellement, je pense comprendre les attitudes de mes parents durant mon enfance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52 J'ai le sentiment de n'avoir pas pu m'affirmer dans le milieu où j'ai grandi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Mes parents étaient incapables d'avoir de l'autorité quand il le fallait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29 Mes désirs d'enfant comptaient peu pour les adultes de mon entourage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	53 Même si ce n'est pas la réalité, j'ai le sentiment d'avoir eu les meilleurs parents du monde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 En cas de besoin, je suis sûr(e) que je peux compter sur mes proches pour trouver un réconfort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30 Enfant, les adultes me paraissaient comme des personnes préoccupées avant tout par leurs propres problèmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54 Enfant, on a été tellement soucieux de ma santé et de ma sécurité, que je me sentais étouffé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 J'aimerais avoir des enfants plus autonomes que je ne l'ai été	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31 Lorsque j'étais enfant, nous avions beaucoup de peine à prendre des décisions en famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55 Enfant, on m'a inculqué la crainte d'exprimer son opinion personnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Dans la vie de famille, le respect des parents est très important	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32 J'ai le sentiment que je ne surmonterais jamais le décès d'un de mes proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56 Lorsque je m'éloigne de mes proches, je ne me sens pas bien dans ma peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Enfant, je savais que je trouverais toujours un réconfort auprès de mes proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33 Enfant, j'avais peur de mes parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	57 Je n'ai jamais eu une vraie relation avec mes parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Je pense avoir su rendre à mes parents l'amour qu'ils m'ont donné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34 Les enfants doivent sentir l'existence d'une autorité respectée, dans la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	58 Mes parents m'ont toujours fait confiance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Les relations avec mes proches durant mon enfance m'apparaissent comme globalement positives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35 Mes parents n'ont pas bien réalisé qu'un enfant qui grandit a besoin d'avoir sa vie à soi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	59 Quand j'étais enfant, mes parents abusaient de leur autorité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Je déteste le sentiment de dépendre des autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36 Je me sens en confiance avec mes proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	60 Chaque fois que j'essaie de penser aux bons côtés de mes parents, ce sont leurs mauvais côtés qui me reviennent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Même si c'est parfois difficile à admettre, j'éprouve une certaine rancune à l'égard de mes parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37 Je ne me souviens pas vraiment de la façon dont je voyais les choses lorsque j'étais enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	61 J'ai le sentiment d'avoir été un enfant rejeté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Je ne compte que sur moi pour résoudre mes problèmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38 Dans ma famille d'origine, on discutait des autres plutôt que de nous-mêmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	62 Mes parents ne pouvaient pas s'empêcher de tout contrôler, mon apparence, mes résultats scolaires ou encore mes amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Lorsque j'étais enfant, mes proches se montraient souvent impatients et irritables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39 Enfant, j'étais inquiet(e) d'être abandonné(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	63 Quand j'étais enfant, il y avait des disputes insupportables à la maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Quand j'étais enfant, mes parents avaient démissionné de leur rôle de parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40 Enfant, on m'a encouragé(e) à partager mes sentiments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	64 Dans ma famille, on vivait en vase clos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Il vaut mieux ne pas trop se lamenter autour d'un deuil pour pouvoir le dépasser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41 On ne m'a pas suffisamment préparé(e) psychologiquement aux réalités de la vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	65 Il est important que l'enfant apprenne l'obéissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Je passe souvent du temps à discuter avec mes proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42 Mes parents m'ont laissé(e) trop libre de faire tout ce que je voulais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	66 Enfant, mes proches me faisaient sentir qu'ils avaient du plaisir à partager du temps avec moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Mes proches ont toujours donné le meilleur d'eux-mêmes pour moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43 Les parents doivent montrer à l'enfant qu'ils s'aiment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	67 Quand je me remémore mon enfance, j'éprouve un vide affectif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Je ne peux pas me concentrer sur autre chose, si je sais que l'un de mes proches a des problèmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44 Enfant, je montais les adultes les uns contre les autres, pour obtenir ce que je voulais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	68 La perspective d'une séparation momentanée d'un proche me laisse un sentiment diffus d'inquiétude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Enfant, j'ai trouvé suffisamment d'amour auprès de mes proches pour ne pas en chercher ailleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45 Enfant, j'ai dû faire face à la violence d'un de mes proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	69 Il y a une bonne entente entre les membres de ma famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Je suis toujours inquiet(e) de la peine que je peux faire à mes proches en les quittant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46 Je n'arrive pas à me faire une idée claire de mes parents et de la relation que j'avais avec eux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	70 Enfant, j'avais souvent le sentiment que mes proches n'étaient pas sûrs de leur bien-fondé de leurs exigences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Enfant, on avait une attitude de "laissez-faire" avec moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47 On ne m'a pas laissé profiter de mon enfance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	71 Dans mon enfance, j'ai souffert de l'indifférence de mes proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Les adultes doivent contrôler leurs émotions envers l'enfant, ou il s'insurge de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48 J'étais un enfant peureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	72 Souvent, je me sens préoccupé(e) sans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annexe 6 : Auto-questionnaire de Perception des Relations (RQ)

Annexe 6a : Evaluation catégorielle (RQ)

AUTO-QUESTIONNAIRE DE PERCEPTION DES RELATIONS

(Bartholomew, 1990. Traduit et adapté par Lusier Y, 1992)

Laquelle des quatre descriptions suivantes vous décrit le mieux. Entourez le chiffre correspondant.

- 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.

Annexe 6 b: Evaluation dimensionnelle (RQ)

Estimez dans quelle mesure chaque proposition vous ressemble. Entourez le chiffre correspondant

- I. 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.

Ne me ressemble pas du tout

Me ressemble tout à fait

0 _____ 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.

Ne me ressemble pas du tout

Me ressemble tout à fait

0 _____ 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.

Ne me ressemble pas du tout

Me ressemble tout à fait

0 _____ 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.

Ne me ressemble pas du tout

Me ressemble tout à fait

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7

Annexe 7 : Questionnaire sur les expériences amoureuses (ECR, QEAA)

QUESTIONNAIRE SUR LES EXPÉRIENCES AMOUREUSES

Consigne : Les énoncés suivants se rapportent à comment vous vous sentez à l'intérieur de vos relations amoureuses. Nous nous intéressons à la manière dont vous vivez généralement ces relations et non seulement à ce que vous vivez dans votre relation actuelle. Répondez à chacun des énoncés en indiquant jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord. Inscrivez le chiffre correspondant à votre choix dans l'espace réservé à cet effet selon l'échelle suivante :

Fortement en désaccord	Neutre / partagé(e)					Fortement en accord
1	2	3	4	5	6	7

- 1 _____ Je préfère ne pas montrer mes sentiments profonds à mon/ma partenaire.
- 2 _____ Je m'inquiète à l'idée d'être abandonné(e).
- 3 _____ Je me sens très à l'aise lorsque je suis près de mon/ma partenaire amoureux(se).
- 4 _____ Je m'inquiète beaucoup au sujet de mes relations.
- 5 _____ Dès que mon/ma partenaire se rapproche de moi, je sens que je m'en éloigne.
- 6 _____ J'ai peur que mes partenaires amoureux(es) ne soient pas autant attaché(e)s à moi que je le suis à eux(elles).
- 7 _____ Je deviens mal à l'aise lorsque mon/ma partenaire amoureux(se) veut être très près de moi.
- 8 _____ Je m'inquiète pas mal à l'idée de perdre mon/ma partenaire.
- 9 _____ Je ne me sens pas à l'aise de m'ouvrir à mon/ma partenaire.
- 10 _____ Je souhaite souvent que les sentiments de mon/ma partenaire envers moi soient aussi forts que les miens envers lui/elle.
- 11 _____ Je veux me rapprocher de mon/ma partenaire, mais je ne cesse de m'éloigner.
- 12 _____ Je cherche souvent à me fondre entièrement avec mes partenaires amoureux(se) et ceci les fait parfois fuir.
- 13 _____ Je deviens nerveux(se) lorsque mes partenaires se rapprochent trop de moi.
- 14 _____ Je m'inquiète à l'idée de me retrouver seul(e).
- 15 _____ Je me sens à l'aise de partager mes pensées intimes et mes sentiments avec mon(ma) partenaire.
- 16 _____ Mon désir d'être très près des gens les fait fuir parfois.
- 17 _____ J'essaie d'éviter d'être trop près de mon/ma partenaire.
- 18 _____ J'ai un grand besoin que mon/ma partenaire me rassure de son amour.
- 19 _____ Il m'est relativement facile de me rapprocher de mon/ma partenaire.

Fortement en désaccord			Neutre / partagé(e)				Fortement en accord
1	2	3	4	5	6	7	

- 20 _____ Parfois, je sens que je force mes partenaires à me manifester davantage leurs sentiments et leur engagement.
- 21 _____ Je me permets difficilement de compter sur mes partenaires amoureux(es).
- 22 _____ Il ne m'arrive pas souvent de m'inquiéter d'être abandonné(e).
- 23 _____ Je préfère ne pas être trop près de mes partenaires amoureux(es).
- 24 _____ Lorsque je n'arrive pas à faire en sorte que mon/ma partenaire s'intéresse à moi, je deviens peiné(e) ou fâché(e).
- 25 _____ Je dis à peu près tout à mon/ma partenaire.
- 26 _____ Je trouve que mes partenaires ne veulent pas se rapprocher de moi autant que je le voudrais.
- 27 _____ Habituellement, je discute de mes préoccupations et de mes problèmes avec mon/ma partenaire.
- 28 _____ Lorsque je ne vis pas une relation amoureuse, je me sens quelque peu anxieux(se) et insécure.
- 29 _____ Je me sens à l'aise de compter sur mes partenaires amoureux(es).
- 30 _____ Je deviens frustré(e) lorsque mon/ma partenaire n'est pas là aussi souvent que je le voudrais.
- 31 _____ Cela ne me dérange pas de demander du réconfort, des conseils ou de l'aide à mes partenaires amoureux(es).
- 32 _____ Je deviens frustré(e) si mes partenaires amoureux(es) ne sont pas là quand j'ai besoin d'eux.
- 33 _____ Cela m'aide de me tourner vers mon/ma partenaire quand j'en ai besoin.
- 34 _____ Lorsque mes partenaires amoureux(es) me désapprouvent, je me sens vraiment mal vis-à-vis moi-même.
- 35 _____ Je me tourne vers mon/ma partenaire pour différentes raisons, entre autres pour avoir du réconfort et pour me faire rassurer.
- 36 _____ Je suis contrarié(e) lorsque mon/ma partenaire passe du temps loin de moi.

© Développé par Brennan, Clark, & Shaver (1998). Traduit et adapté par Yvan Lussier, Ph.D. (1998).

Annexe 8 : Annexe des Résultats (Tableaux 47 à 60)

Tableau 47 : Fréquence (%) des styles d'attachement romantique (ECR)- comparaisons entre les groupes « antécédent(s) dépressif(s) » et « premier épisode dépressif » (analyse catégorielle)

Catégories d'attachement romantique (ECR)	Groupe « antécédent(s) dépressif(s) » (N=34) Fréquences	Groupe « premier épisode dépressif » (N=16) Fréquences	Significativité Chi ² (Yates)
Style Sécure	3% (N=1)	6% (N=1)	p=.415
Style Démissionnaire	12% (N=4)	13% (N=2)	p=.054
Style Préoccupé	38% (N=13)	63% (N=10)	P=.097
Style craintif	47% (N=16)	19% (N=3)	P=.348

Tableau 48 : Scores aux dimensions d'attachement romantique (ECR)- comparaisons entre les groupes « antécédent(s) dépressif(s) » et « premier épisode dépressif » (analyse dimensionnelle)

Dimensions d'attachement romantique (ECR)	Groupe « antécédent(s) dépressif(s) » (N=34) Moyennes et écarts-types	Groupe « premier épisode dépressif » (N=16) Moyennes et écarts-types	Significativité Test U Man Whitney
Dimension évitante	3,40 (1,34)	3,57 (1,74)	Z : -0,073 ; p=.942
Dimension anxieuse	4,52 (1,07)	4,68 (1,44)	Z : 0,582 ; p=.560

Tableau 49 : Fréquence (%) des styles d'attachement interpersonnel (RQ)- comparaisons entre les groupes « antécédent(s) dépressif(s) » et « premier épisode dépressif » (analyse catégorielle)

Catégories d'attachement interpersonnel (RQ)	Groupe « antécédent(s) dépressif(s) » (N=34) Fréquences	Groupe « premier épisode dépressif (N=16) Fréquences	Significativité Chi ² (Yates)
Style Sécure	3% (N=1)	6% (N=1)	p=.415
Style Démissionnaire	12% (N=4)	13% (N=2)	p=.054
Style Préoccupé	38% (N=13)	63% (N=10)	P=.097
Style craintif	47% (N=16)	19% (N=3)	P=.348

Tableau 50 : Scores aux dimensions d'attachement interpersonnel (RQ)- comparaisons entre les groupes « antécédent(s) dépressif(s) » et « premier épisode dépressif » (analyse dimensionnelle)

Dimensions d'attachement interpersonnel (RQ)	Groupe « antécédent(s) dépressif(s) » (N=34) Moyennes et écarts-types	Groupe « premier épisode dépressif » (N=16) Moyennes et écarts-types	Significativité Test U Man Whitney
Dimension sécure	2,85 (2,02)	2,75 (1,98)	Z : 0,021 ; p=.492
Dimension démissionnaire	2,38 (2,03)	2 (2,37)	Z : 0,686 ; p=.247
Dimension préoccupée	3,88 (2,33)	3,31 (2,82)	Z : 0,655 ; p=.256
Dimension craintive	4,79 (2,47)	3,87 (2,36)	Z : 1,414 ; p=.079

Tableau 51 : Fréquence (%) des stratégies d'attachement (prototypes Ca-mir)- comparaisons entre les groupes « tentative de suicide » et « absence de tentative de suicide» (analyse catégorielle)

Stratégies d'attachement (Ca-mir)	Groupe « tentative de suicide » (N=26) Fréquences	Groupe « absence d'une tentative de suicide » (N=24) Fréquences	Significativité Chi ² (Yates)
Stratégie Secure-autonome	11,5% (N=3)	29% (N=7)	p=.115
Stratégie Détachée	11,5% (N=3)	17% (N=4)	p=.455
Stratégie Préoccupée	77% (N=20)	54% (N=13)	P=.081

Tableau 52 : Fréquence (%) des styles d'attachement romantique (ECR)- comparaisons entre les groupes « tentative de suicide » et « absence de tentative de suicide» (analyse catégorielle)

Catégories d'attachement romantique (ECR)	Groupe « tentative de suicide » (N=26) Fréquences	Groupe « absence de tentative de suicide » (N=24) Fréquences	Significativité Chi ² (Yates)
Style Sécure	0% (N=0)	8% (N=2)	p=.218
Style Démissionnaire	8% (N=2)	17% (N=4)	p=.295
Style Préoccupé	46% (N=12)	46% (N=11)	P=.370
Style craintif	46% (N=12)	29% (N=7)	P=.173

Tableau 53 : Scores aux dimensions d'attachement romantique (ECR)- comparaisons entre les groupes « tentative de suicide » et « absence de tentative de suicide » (analyse dimensionnelle)

Dimensions d'attachement romantique (ECR)	Groupe « tentative de suicide » (N=26) Moyennes et écarts-types	Groupe « absence tentative de suicide » (N=24) Moyennes et écarts-types	Significativité Test U Man Whitney
Dimension évitante	3,41(1,52)	3,51(1,43)	Z : 0,243 ; p=.401
Dimension anxieuse	4,80 (1,19)	4,32 (1,16)	Z : -1,388 ; p=.083

Tableau 54 : Fréquence (%) des styles d'attachement interpersonnel (RQ)- comparaisons entre les groupes « tentative de suicide » et « absence de tentative de suicide» (analyse catégorielle)

Catégories d'attachement interpersonnel (RQ)	Groupe « tentative de suicide » (N=26) Fréquences	Groupe « absence de tentative de suicide » (N=24) Fréquences	Significativité Chi ² (Yates)
Style Sécure	23% (N=6)	17% (N=4)	P=.416
Style Démissionnaire	4% (N=1)	12,5% (N=3)	P=.273
Style Préoccupé	19% (N=5)	29% (N=7)	P=.312
Style craintif	54% (N=14)	42% (N=10)	P=.282

Tableau 55 : Scores aux dimensions d'attachement interpersonnel (RQ)- comparaisons entre les groupes « tentative de suicide » et « absence de tentative de suicide » (analyse dimensionnelle)

Dimensions d'attachement interpersonnel (RQ)	Groupe « tentative de suicide » (N=26) Moyennes et écarts-types	Groupe « absence tentative de suicide » (N=24) Moyennes et écarts-types	Significativité Test U Man Whitney
Dimension sécure	2,85 (1,99)	2,79 (2,02)	Z : -0,126 ; p=.450
Dimension démissionnaire	1,73 (1,85)	2,83 (2,30)	Z : 1,583 ; p=.057
Dimension préoccupée	3,85 (2,44)	3,54 (2,57)	Z : 0,427 ; p=.335
Dimension craintive	4,81 (2,56)	4,17 (2,33)	Z : -1,146 ; p=.126

Tableau 56: Fréquence (%) des stratégies d'attachement (prototypes Ca-mir)- comparaisons entre les groupes « présence d'un trouble de la personnalité » et « absence d'un trouble de la personnalité» (analyse catégorielle)

Stratégies d'attachement (Ca-mir)	Groupe « trouble de la personnalité » (N=21) Fréquences	Groupe « absence d'un trouble de la personnalité » (N=29) Fréquences	Significativité Chi ² (Yates)
Stratégie Secure- autonome	14% (N=3)	24% (N=7)	p=.308
Stratégie Détachée	10% (N=2)	17% (N=5)	p=.359
Stratégie Préoccupée	76% (N=16)	59% (N=17)	P=.161

Tableau 57 : Scores aux représentations d'expériences d'attachement (échelles Ca-mir)-comparaisons entre les groupes « présence d'un trouble de la personnalité » et « absence d'un trouble de la personnalité ».

Type d'expériences d'attachement (Ca-mir)	Niveau de réalité	Groupe « trouble de la personnalité » (N=21) Moyennes et écarts-types	Groupe « absence trouble de la personnalité » (N=29) Moyennes et écarts-types	Significativité Test U Man Whitney
Préoccupation	Passé	3,30 (0,81)	3,04 (0,78)	Z : -1,101 ; p=.136
	Présent	3,62 (0,81)	3,57 (0,72)	Z : -0,315; p=.377
	Etat d'esprit	3,35 (0,91)	3,24 (0,82)	Z : -0,324; p=.373
Sécurité-autonomie	Passé	2,68 (1,03)	3,07 (1,08)	Z : 1,287 ; p=.099
	Présent	2,80 (0,92)	3,21 (0,86)	Z : 1,582; p=.057
	Etat d'esprit	3,22 (0,93)	3,32 (0,96)	Z : 0,364 ; p=.358
Détachement	Passé	3,12 (1,11)	2,95 (0,93)	Z : -0,560; p=.288
	Présent	3,36 (0,61)	3,53 (0,80)	Z : 0,737; p=.231
	Etat d'esprit	3,23 (1,10)	2,85 (1,09)	Z : -1,145 ; p=.125
Non-résolution	Passé	3,07 (1,37)	2,54 (1,16)	Z : -1,268; p=.103
	Etat d'esprit	3,24 (0,97)	2,98 (0,82)	Z : -1,032 ; p=.151
Structuration du milieu familial	Passé	2,34 (0,76)	2,09 (0,54)	Z : -1,160 ; p=.123
	Etat d'esprit	4,41 (0,53)	4,29 (0,44)	Z : -1,140; p=.127

Tableau 58 : Fréquence (%) des styles d'attachement romantique (ECR)- comparaisons entre les groupes « présence d'un trouble de la personnalité » et « absence d'un trouble de la personnalité » (analyse catégorielle)

Catégories d'attachement romantique (ECR)	Groupe « trouble de la personnalité » (N=21) Fréquences	Groupe « absence d'un trouble de la personnalité » (N=29) Fréquences	Significativité Chi ² (Yates)
Style Sécure	0% (N=0)	7% (N=2)	P=.310
Style Démissionnaire	10% (N=2)	14% (N=4)	P=.493
Style Préoccupé	43% (N=9)	48% (N=14)	P=.464
Style craintif	48% (N=10)	31% (N=9)	P=.185

Tableau 59 : Scores aux stratégies d'attachement (prototypes Ca-mir)- comparaisons entre les groupes « personnalité évitante », personnalité dépendante » et « personnalité borderline (Anova)

Stratégies d'attachement (Ca-mir)	Groupe personnalité évitante (N=9) Moyennes et écarts-types	Groupe personnalité dépendante (N=5) Moyennes et écarts-types	Groupe personnalité borderline (N=6) Moyennes et écarts-types	F (2,17)	P
Stratégie Secure-autonome	40,04 (12,54)	31,04 (13,45)	29,45 (11,15)	1,598	.519
Stratégie Détachée	52,13 (3,06)	49,74 (5,98)	58,20 (9,62)	1,303	.298
Stratégie Préoccupée	61,90 (9,12)	64,30 (8,12)	66,82 (5,61)	0,682	.519

Tableau 60 : Scores aux représentations d'expériences d'attachement (échelles Ca-mir)- comparaison entre les groupes)- comparaisons entre les groupes « personnalité évitante », personnalité dépendante » et « personnalité borderline (Anova à un facteur catégoriel)

Type d'expériences d'attachement (Ca-mir)	Niveau de réalité	Groupe personnalité évitante (N=9) Moyennes et écarts-types	Groupe personnalité dépendante (N=5) Moyennes et écarts-types	Groupe personnalité borderline (N=6) Moyennes et écarts-types	F (2,17)	P
Préoccupation	Passé	3,19 (0,69)	3,23 (0,89)	3,70 (0,89)	0,801	.465
	Présent	3,76 (0,59)	3,56 (0,84)	3,28 (0,41)	0,667	.526
	Etat d'esprit	3,05 (0,91)	3,32(0,95)	4 (0,65)	2,269	.135
Sécurité-autonomie	Passé	3,11 (1,03)	2,73 (1,06)	1,89 (0,69)	3	.077
	Présent	2,57 (0,81)	3,23 (1,06)	2,70 (1,04)	0,815	.469
	Etat d'esprit	3,31(0,86)	3,23 (1,06)	2,92 (1,03)	0,321	.730
Détachement	Passé	3,11 (1,10)	3 (1,17)	3,56 (0,91)	0,448	.646
	Présent	3,22 (2,65)	3,27 (2,59),	3,67 (3,22)	1,006	.386
	Etat d'esprit	2,87 (1,02)	3,20 (1,34)	4,03 (0,61)	2,407	.120
Non-résolution	Passé	2,74 (1,21)	3,03 (1,86)	3,94 (0,66)	1,623	.226
	Etat d'esprit	3,33(1,17)	2,87 (0,69)	3,39 (1,02)	0,429	.648
Structuration du milieu familial	Passé	2,33 (0,95)	2,40 (0,76)	2,30 (0,65)	0,019	.981
	Etat d'esprit	4,55 (0,45)	4,63 (0,42)	4,05 (0,65)	2,293	.131