

كلية الطب والصيدلة وطب الأسنان
FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET DE MÉDECINE DENTAIRE



جامعة سيدي محمد بن عبد الله - فاس
UNIVERSITÉ SIDI MOHAMED BEN ABDELLAH DE FES

Année 2023

Thèse N°432/23

LIENS ENTRE ATTACHEMENT, ÉVÉNEMENTS DE VIE ET DÉPRESSION

(à propos de 83 cas)

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 27/12/2023

PAR

Mr. MOUAD MOUTAOUKIL

Né le 17 Février 1997 à Fès

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS :

Dépression – Attachement – Événements de vie
Relationship Scale Questionnaire (RSQ)

JURY

M. AALOUANE RACHIDPRÉSIDENT

Professeur de Psychiatrie

M. BOUT AMINE.....RAPPORTEUR

Professeur de Psychiatrie

Mme. AARAB CHADYA}

Professeur de Psychiatrie

JUGES

Mme. EL FAKIR SAMIRA}

Professeur d'Epidémiologie clinique

PLAN

INTRODUCTION	12
CONTEXTE THEORIQUE.....	15
CHAPITRE I : La dépression, trouble psychiatrique fréquent	16
I. Définition	17
II. Historique de la notion de dépression	19
III. Épidémiologie.....	21
IV. Présentations cliniques	24
1. Symptômes fondamentaux et associés.....	24
2. Formes cliniques selon la symptomatologie	27
3. Formes cliniques selon l'étiologie	29
4. Formes cliniques selon le terrain	31
5. TDD : épisode dépressif caractérisé	33
V. Hypothèses causales	36
1. Théorie neurobiologique	36
2. Théorie chronobiologique.....	38
3. Théorie cognitive.....	39
4. Théories psychanalytiques.....	40
VI. Traitements et indications	41
1. Psychothérapies	41
2. Electroconvulsivothérapie (ECT)	43

3. Stimulation magnétique transcrânienne répétée (rTMS)	44
4. Photothérapie ou lumineothérapie	45
5. Traitements médicamenteux	45
VII. Évolution	48
VIII. Évaluation de la dépression.....	49
CHAPITRE II : Théorie de l'attachement.....	52
I. Histoire de la théorie d'attachement	53
II. Attachement adulte et modèles internes opérants	54
III. Styles d'attachement adulte	56
IV. Applications de la théorie de l'attachement.....	58
V. Attachement et psychopathologie dépressive.....	59
VI. Évaluation de l'attachement adulte.....	61
CHAPITRE III : Évènements de vie significatifs.....	64
I. Évènements de vie : définition et conceptualisation	65
II. Évènements de vie et dépression	67
III. Évènements de vie et attachement	68
IV. Évaluation des événements de vie	69
METHODOLOGIE.....	72
I. Type et durée de l'étude	73
II. Objectifs	73
III. Instruments	73

1. Interrogatoire	73
2. L'échelle de Montgomery et Asberg (MADRS)	74
3. Relationship Scale Questionnaire (RSQ)	76
4. Échelle de Holmes & Rahe.....	78
IV. Population de l'étude.....	79
V. Analyses statistiques	80
VI. Considérations éthiques	80
RESULTATS	81
I. Données sociodémographiques.....	82
1. L'âge	82
2. Le sexe	82
3. Statut matrimonial & nombre d'enfants.....	83
4. Logement.....	85
5. Niveau scolaire & profession.....	85
6. Niveau socioéconomique	87
II. Antécédents.....	87
1. Antécédents médicaux et maladies somatiques chroniques.....	87
2. Antécédents toxiques & juridiques.....	87
3. Antécédents psychiatriques familiaux	88
4. Antécédents psychiatriques personnels.....	89
5. Tentatives de suicide	90

6. Idéation suicidaire	91
7. Évènements de vie traumatisants	92
III. Données cliniques : caractérisation de la dépression.....	94
1. Symptômes dépressifs	94
2. Sévérité de la dépression & Score MADRS	95
3. Traitements antidépresseurs.....	96
IV. Styles d'attachement	96
V. Score des événements de vie récents.....	98
VI. Résultats analytiques.....	99
1. Anhédonie et sécurité de l'attachement	99
2. Autres symptômes dépressifs et sécurité de l'attachement.....	102
3. Intensité de la dépression et sécurité de l'attachement.....	103
4. Intensité de la dépression et événements de vie traumatisants	105
5. Type d'attachement et événements de vie traumatisants	106
6. Type d'attachement et idéation suicidaire	106
DISCUSSION	107
I. Discussion des facteurs liés à la dépression	108
II. Liens entre attachement et dépression.....	111
III. Anhédonie et style d'attachement.....	121
IV. Liens entre événements de vie et dépression.....	122
V. Limites de l'étude	123

RECOMMANDATIONS.....	125
Intervenir sur le style d'attachement.....	126
CONCLUSION	132
RESUMES	134
ANNEXES	140
BIBLIOGRAPHIE.....	157

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : « À la porte de l'éternité », tableau de Vincent van Gogh (1890) .	16
Figure 2 : Prévalence de la dépression aux États-Unis entre 2015 et 2020..	22
Figure 3 : critères du DSM 5 pour le diagnostic de trouble dépressif caractérisé	34
Figure 4 : critères du DSM 5 pour le diagnostic de trouble dépressif caractérisé (suite).....	35
Figure 5 : hypothèse monoaminergique de la dépression	36
Figure 6 : « L'attachement », tableau de Anne Logeais (2011)	52
Figure 7 : Caractérisation des styles d'attachement selon l'évitement et l'anxiété	63
Figure 8 : « Judith décapitant Holopherne », tableau de Artemisia Gentileschi (1613)	64
Figure 9 : Répartition de l'âge des patients	82
Figure 10 : Répartition des patients selon leur sexe.....	83
Figure 11 : Répartition des patients selon leur statut matrimonial.....	84
Figure 12 : Répartition des patients selon leur logement	85
Figure 13 : Répartition des patients selon leur profession.....	86
Figure 14 : Répartition des patients selon leur niveau socioéconomique	87
Figure 15 : ATCD psychiatriques familiaux	88
Figure 16 : Idéation suicidaire chez les patients	91
Figure 17 : Répartition des patients selon la présence d'événements traumatisants	92
Figure 18 : Sévérité de la dépression chez les patients	95
Figure 19 : Répartition des patients selon leurs styles d'attachement (1).....	97

Figure 20 : Répartition des patients selon leurs styles d'attachement.....	98
Figure 21 : Répartition des scores des événements de vie.....	98
Figure 22 : Présence des événements de vie traumatisants avec les dépressions sévères.....	106
Figure 23 : Partie des résultats de l'étude de Bifulco et al.	117
Figure 24 : Risques relatifs de dépression selon les résultats de Bifulco et al.	118
Figure 25 : Partie des résultats de Abdul kadir et al.....	119

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des patients selon le nombre d'enfants	84
Tableau 2 : Répartition des patients selon leur niveau d'études	86
Tableau 3 : Antécédents toxiques des patients	88
Tableau 4 : Antécédents psychiatriques des patients	89
Tableau 5 : Premier épisode dépressif des patients	90
Tableau 6 : Nombre de tentatives de suicide chez les patients	91
Tableau 7 : Date des événements traumatisants rapportés par les patients .	93
Tableau 8 : Symptomatologie dépressive chez les patients	94
Tableau 9 : Traitements antidépresseurs des patients	96
Tableau 10 :	100
Tableau 11 :	101
Tableau 12 : Valeurs de p pour les corrélations entre les symptômes et le type d'attachement	102
Tableau 13 :	103
Tableau 14 :	104
Tableau 15 : Répartition des styles d'attachement dans notre série	113
Tableau 16 : Styles d'attachement chez les Patients (P) et les Témoins (T) dans l'étude de Chahraoui	114
Tableau 17 : Styles d'attachement chez les Patients (P) et les Témoins (T) dans l'étude de Murphy	115
Tableau 18 : Comparaison des styles d'attachement dans les différentes études	120

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Fiche d'exploitation.....	141
Annexe 2 : Échelle MADRS	145
Annexe 3 : Questionnaire RSQ	149
Annexe 4 : Échelle de Holmes & Rahe.....	154

LISTE DES ABREVIATIONS

5HT : Sérotonine

AAS : Adult Attachment Scale

ATCD : Antécédent

DSM : Diagnostic and statistical manual of mental disorders

ENPTM : Enquête Nationale sur les Prévalences des Troubles Mentaux

IMAO : Inhibiteurs de la monoamine oxydase

ISRS : Inhibiteurs sélectifs de la recapture de Sérotonine

IRSNa : Inhibiteurs de la recapture de Sérotonine et de Noradrénaline

MADRS : Échelle de Dépression de Montgomery et Asberg

MIO : Modèles internes opérants

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR : Odds-ratio

RSQ : Relationship Scale Questionnaire

PTSD : Trouble de stress post-traumatique

SRRS : The Social Readjustment Rating Scale (échelle de Holmes & Rahe)

TCC : Thérapies Cognitivo-Comportementales

TDAH : trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

TDD : Tableau de description

TS : Tentative de suicide

VASQ : Vulnerable Attachment Style Questionnaire

INTRODUCTION

La dépression est un problème de santé publique mondial, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que les troubles dépressifs représentent le premier facteur de morbidité, d'incapacité et d'invalidité sur le plan mondial. La dépression est due à des interactions complexes entre des facteurs sociaux, psychologiques et biologiques. L'étiopathogénie des troubles dépressifs n'est pas entièrement élucidée à ce jour. Les événements de la vie tels que l'adversité vécue pendant l'enfance, les pertes, les séparations, le deuil et le chômage favorisent la dépression.

La théorie de l'attachement, développée à partir des années 1930, a joué un rôle important dans notre compréhension de la façon dont les relations humaines se forment et se développent, et comment elles influencent l'apparition de psychopathologie.

Notre étude s'intéresse aux différents liens entre attachement, événements de vie et dépression. A travers une étude transversale portant sur 83 patients déprimés, nous essayons de comprendre les connexions dynamiques et complexes entre les troubles dépressifs et l'attachement combiné aux événements de vie significatifs ou sévères.

Afin d'analyser les styles d'attachement des patients déprimés ainsi que l'influence des événements de vie précoces et récents, nous présentons d'abord une contextualisation théorique définissant les différentes notions utilisées, ensuite la méthodologie et les outils dont nous nous sommes servis dans notre étude, pour enfin présenter nos résultats et les discuter avec ceux de la littérature.

A notre connaissance, il n'existe pas de travail au niveau national analysant les liens entre à la fois l'attachement, les événements de vie et la dépression.

CONTEXTE THEORIQUE

CHAPITRE I : La dépression, trouble psychiatrique fréquent

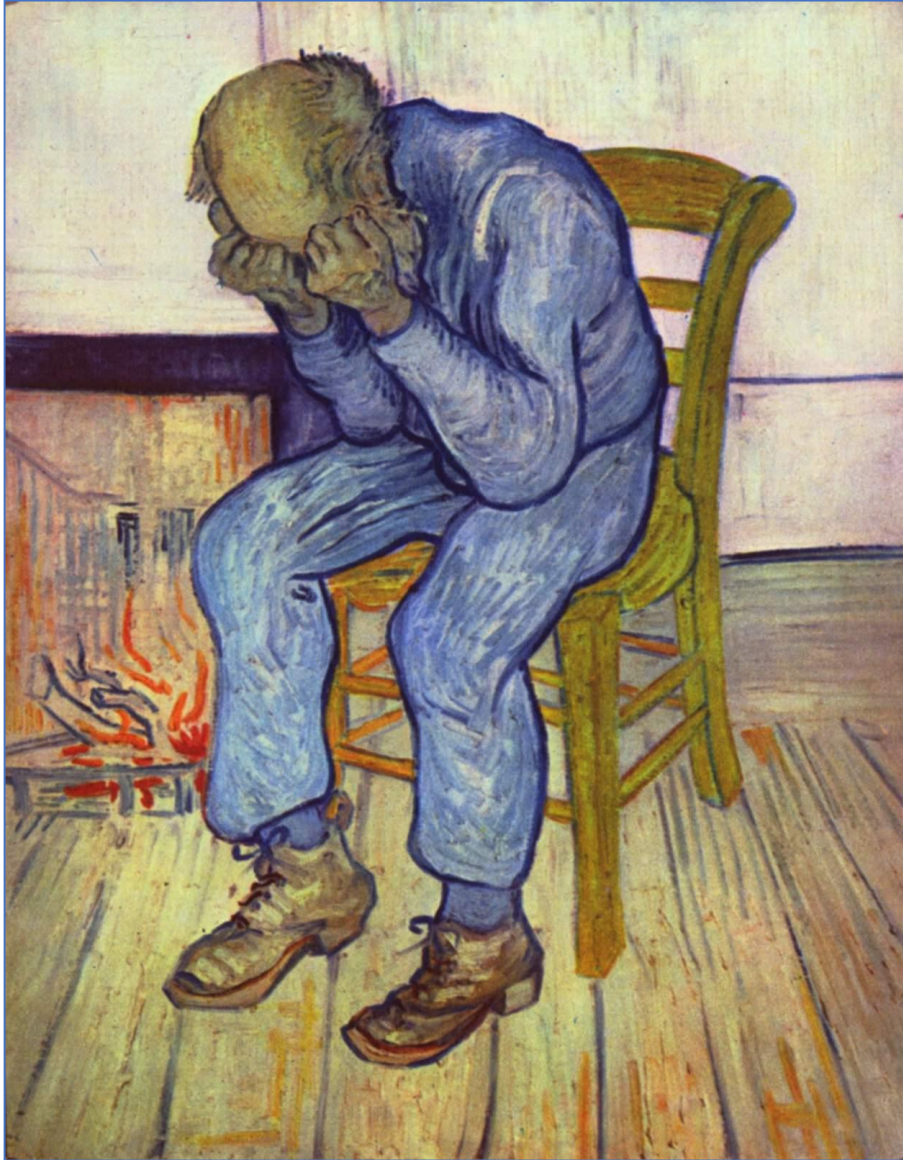


Figure 1 : « À la porte de l'éternité », tableau de Vincent van Gogh (1890)

Avant d'entrer dans le vif de notre sujet, cette partie préliminaire se donne pour objectif de définir les différentes notions relatives à la dépression dont nous aurons besoin pour une mise en contexte adéquate.

Ce premier chapitre présente des ébauches de définition, un aperçu historique, une caractérisation clinique de la dépression, ses différentes présentations, sa prévalence, ses hypothèses causales ainsi que les thérapies impliquées dans son traitement.

I. Définition

Le mot « dépression » englobe plusieurs significations, selon le Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), le premier sens du mot relève de la géographie, signifiant : Affaissement, creux, fosse. Au figuré, le mot est dans le secteur économique synonyme de crise (la grande dépression des années 30), et dans son sens psychologique, il signifie une *« perturbation du dynamisme de la vie psychique, qui se caractérise par une diminution plus ou moins grave de l'énergie mentale, une certaine pente de l'affectivité qui est marquée par le découragement, la tristesse, l'angoisse »*.

Selon le Dictionnaire de l'Académie française, il s'agit d'un *« état psychique caractérisé par une altération de l'humeur, la perte du sommeil, de l'appétit et du goût du plaisir, ainsi que divers autres symptômes et dans lequel le malade éprouve une vive douleur morale »*.

Le dictionnaire Larousse définit la dépression comme étant un *« état pathologique marqué par une tristesse avec douleur morale, une perte de l'estime de soi, un ralentissement psychomoteur »*.

Quant à son étymologie, le mot est dérivé du latin *depressio* (« enfoncement »), de *depressus*, participe passé de *deprimere* (« presser de haut en bas ») (1314). Le terme médical n'est apparu qu'au XIXe siècle (1867).

De point de vue médical, il s'agit d'une entité psychiatrique regroupant un ensemble de troubles appelés troubles dépressifs.

Selon la dernière version du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM V), les troubles dépressifs comportent le trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle, le trouble dépressif caractérisé (incluant l'épisode dépressif caractérisé), le trouble dépressif persistant (dysthymie), le trouble dysphorique prémenstruel, le trouble dépressif induit par une substance/un médicament, le trouble dépressif dû à une autre affection médicale, le trouble dépressif autre spécifié et le trouble dépressif non spécifié.

La caractéristique commune de tous ces troubles est la présence d'une humeur triste, vide ou irritable, accompagnée de modifications somatiques et cognitives qui perturbent significativement les capacités de fonctionnement de l'individu. Ces troubles se différencient entre eux par leur durée, leur chronologie et leurs étiologies présumées [1].

La dépression est caractérisée par un ensemble de symptômes dont un ralentissement psychomoteur, une altération de l'humeur, une faible estime de soi, des difficultés à se concentrer ou à mémoriser, une perte ou prise de poids, des troubles du sommeil, ainsi qu'une anhédonie (perte de plaisir ou d'intérêt). La symptomatologie des troubles dépressifs sera plus détaillée dans la partie présentations cliniques. La dépression est une maladie handicapante qui peut retentir sur le sommeil, l'alimentation et la santé en général avec surtout un risque accru de suicide, ainsi que sur la famille, la scolarité ou le travail [2].

II. Historique de la notion de dépression

L'état dépressif est décrit depuis l'Antiquité, notamment dans le papyrus d'Ebers, un traité médical égyptien du XVI^e siècle avant J.-C. Un chapitre du papyrus appelé le Livre des Cœurs détaille les troubles mentaux, comme la démence et la dépression. Le pessimisme infiltre également les mythes fondateurs, grecs comme babyloniens [3].

On comprend que la description des troubles dépressifs a eu une longue histoire avant de prendre la forme que nous connaissons actuellement.

À l'origine, la dépression était classée dans les quatre premières catégories nosographiques identifiées, à savoir la manie, la frénésie, la privation d'esprit et la mélancolie. Aux débuts de la médecine occidentale, la mélancolie était la seule maladie dont la cause était précisément connue : elle était attribuée à la noirceur de l'humeur du malade et à un excès de bile noire [4]. Le terme « mélancolie » et son explication humorale trouvent leurs origines chez Hippocrate, au V^e siècle avant Jésus Christ [5]. Par le biais de ce mécanisme humoral, Hippocrate établit un lien entre l'âme et le corps, expliquant que la bile noire du malade envahissait le sang, engendrant un état marqué par la tristesse et la dépression [4]. De nos jours, nous utilisons encore le vocabulaire d'Hippocrate pour décrire la tristesse en parlant d'humeur noire.

Jusqu'au III^e siècle avant notre ère, la mélancolie se limitait à des symptômes psychiques caractérisés par une tristesse ou une humeur noire. Dioclès de Caryste, médecin grec de l'époque, est le premier à établir un lien entre la mélancolie et des symptômes physiques [6]. Il introduit le concept de « maladie hypocondriaque » qui associe des symptômes gastroduodénaux au malaise psychique. Cette association révèle une nouvelle manière de

comprendre et de traiter la maladie, mettant en évidence les « somatisations anxieuses » présentes dans la mélancolie, l'asthénie, et ultérieurement dans la dépression [6].

Au IX^{ème} siècle, le médecin arabe Ishâq Ibn Imrâm de Bagdad détaille avec précision les symptômes de la mélancolie dans son traité, les rapprochant des descriptions contemporaines [5;7]. Il évoque des manifestations telles que la lenteur, l'immobilité, le mutisme, les troubles du sommeil, l'anorexie, l'anxiété, l'agitation, la tristesse, et les tendances suicidaires [7].

Pendant le Moyen-âge, on préserve les considérations hippocratiques en leur ajoutant des considérations morales, surnaturelles et religieuses [6].

Il faut attendre la fin du XVII^{ème} siècle pour que la dépression soit considérée comme une entité clinique spécifique [6]. Cette spécificité est initiée par le biais de la notion de « nostalgia » de Hofer en 1678 [8]. Il détaille minutieusement les symptômes de cette nostalgia : anxiété, perte de sommeil et de l'appétit, désespoir, rêveries douloureuses. Ces signes ressemblent grandement aux critères actuels de la dysthymie [6].

Dans la deuxième partie du XX^{ème} 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. Le DSM V (2013) distingue dans les troubles dépressifs le trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle, le trouble dépressif caractérisé, le trouble dépressif persistant (dysthymie), le trouble dysphorique prémenstruel, le trouble dépressif induit par une substance/un médicament, le trouble dépressif dû à une autre affection médicale, le trouble dépressif autre spécifié et le trouble dépressif non spécifié [1].

À la différence du DSM IV, le chapitre « Troubles dépressifs » a été séparé du chapitre « Troubles bipolaires ». Une nouvelle catégorie diagnostique, le trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle, caractérisant des enfants de moins de 12 ans, est ajoutée aux troubles dépressifs. Le trouble dysphorique prémenstruel a également été déplacé d'une annexe du DSM IV à ce même chapitre [1].

III. Épidémiologie

La dépression est un problème de santé publique mondial qui toucherait 20% de la population générale au cours de la vie entière [9;10].

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime dans son communiqué de mars 2017 que les troubles dépressifs représentent le premier facteur de morbidité, d'incapacité et d'invalidité sur le plan mondial. Le même communiqué stipule qu'on compte plus de 300 millions de personnes dans le monde souffrant de dépression soit une augmentation de plus de 18 % de 2005 à 2015 [11].

À l'échelle mondiale, On estime que 3,8 % de la population souffre de dépression, dont 5 % des adultes et 5,7 % des personnes de plus de 60 ans [12]. La dépression est 50 % plus courante chez la femme que chez l'homme. Dans le monde, plus de 10 % des femmes enceintes et des femmes qui viennent d'accoucher souffrent de dépression [13].

Bien qu'il existe des traitements connus et efficaces pour soigner les troubles mentaux, plus de 75 % des personnes vivant dans des pays à revenu faible ou intermédiaire ne reçoivent aucun traitement [14]. Le manque de ressources, le manque d'investissements en faveur des soins de santé mentale, le manque de soignants formés et la stigmatisation sociale associée

aux troubles mentaux sont parmi les principaux obstacles à une prise en charge efficace. Même dans les pays à revenu élevé, près de 50 % des personnes ayant une dépression ne sont pas traitées. En moyenne, seulement 3 % des budgets publics pour la santé sont investis dans la santé mentale, ce chiffre variant de moins de 1 % dans les pays à faible revenu à 5 % dans ceux à revenu élevé [11].

Aux États-Unis, la prévalence de la dépression est passée de 7,3 % en 2015 à 8,6 % en 2019 (Figure 2). La prévalence de la dépression au cours de l'année 2020 était de 9,2 % [15].

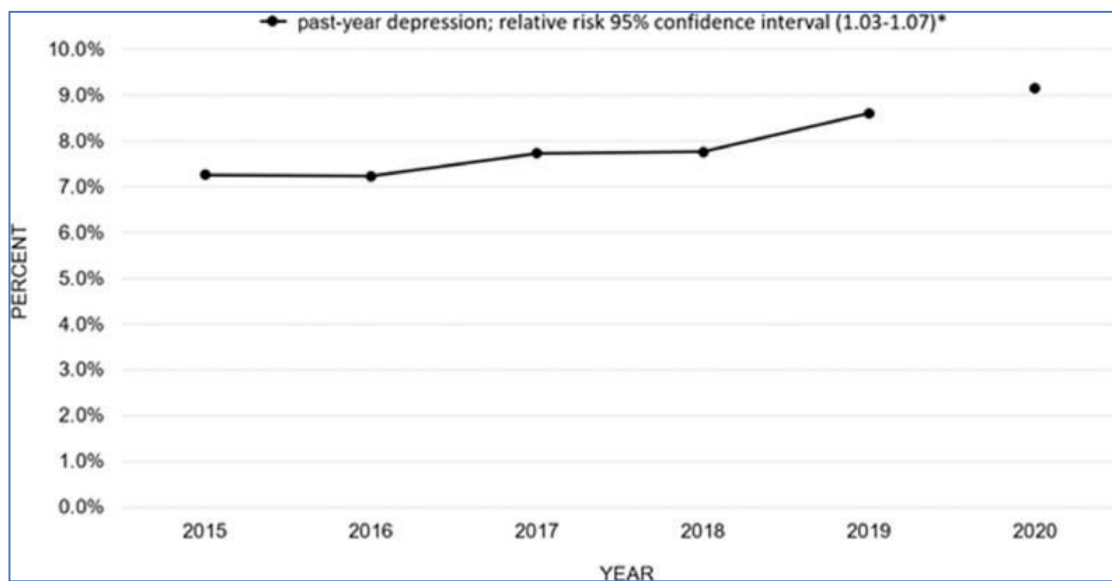


Figure 2 : Prévalence de la dépression aux États-Unis entre 2015 et 2020

[15]

Approximativement 3,4 % des américains souffrant de dépression meurent par suicide et plus de 60 % des individus qui se sont suicidés souffraient de dépression ou d'un autre trouble de l'humeur [2].

En France, la dépression touche chaque année 4,7% de la population générale, soit près de 3 millions de français. De plus, les troubles dépressifs toucheraient 15% de la population générale française au cours de la vie [9].

15% de la population déprimée française décède par suicide et 50 à 80% des suicides concernent des personnes déprimées. Les tentatives de suicide sont dans 30% des cas en lien avec des troubles dépressifs. En France, il s'agit par an de 12 000 suicides aboutis et de 120 000 à 150 000 tentatives de suicide [16].

Le Maroc n'échappe pas à cette tendance planétaire et ce à la lumière des données du bulletin épidémiologique national de 2005, qui rapportait une prévalence de la dépression majeure de 25,6 % en population générale.

La principale enquête nationale relative aux troubles mentaux est l' « Enquête Nationale sur les Prévalences des Troubles Mentaux en population générale » (ENPTM, 2003–2006) réalisée par le ministère de la Santé en collaboration avec l'OMS. Elle a montré que 48,9% de la population marocaine enquêtée, âgée de 15 ans et plus, présentaient au moins un des 25 troubles mineurs ou majeurs investigués, avec une prévalence plus grande chez les femmes, ainsi que chez les plus jeunes ayant peu ou pas d'instruction et sans activité professionnelle stable.

La prévalence de la dépression en population générale est estimée à 26,5 %, celle des troubles d'anxiété à 9 %, des troubles psychotiques à 5,6 %, tandis que 6,5 % semblaient exprimer des idées suicidaires (intensité légère : 84,6 %, moyennes : 9 %, élevée : 6,5 %) [17].

En ce qui concerne l'épidémiologie des facteurs sociodémographiques incriminés dans la dépression, les facteurs de risque récurrents dans la littérature sont : la tranche d'âge, la situation matrimoniale, la solitude, le milieu socio-économique et la situation professionnelle [9;10].

IV. Présentations cliniques

La dépression demeure une entité clinique vaste et variée. Elle peut prendre plusieurs formes cliniques dépendamment du terrain, de la cause et de la symptomatologie. Pour mieux cerner ses différentes présentations, cette partie est subdivisée en des sous-parties décrivant chaque forme clinique et ses symptômes.

Avant d'aborder les différentes présentations cliniques, nous détaillerons les symptômes constituant le syndrome dépressif, qui est décrit comme l'ensemble des phénomènes dépressifs émotionnels, cognitifs, physiques et comportementaux qui s'associent pour former le tableau dépressif pathologique.

Selon plusieurs auteurs, les deux traits fondamentaux du syndrome dépressif sont : l'humeur dépressive et le ralentissement psychomoteur [5;18;19]. Quant aux symptômes associés, ils sont divisés en des symptômes somatiques et des symptômes anxieux [18;20].

1. Symptômes fondamentaux et associés

L'humeur constitue l'ensemble des dispositions affectives et instinctives qui déterminent la tonalité fondamentale de l'activité psychique, susceptible d'osciller entre deux pôles, de l'euphorie expansive à l'expression douloureuse. L'humeur dépressive est un trouble fondamental de la dépression [21].

L'humeur dépressive est liée à une désorganisation émotionnelle [5]. Elle renvoie à la tristesse, à la douleur morale. Les patients expriment un profond désespoir. Cette douleur morale est remplacée chez certains patients par une anesthésie affective. Il s'agit dans ce cas d'un émoussement affectif ou d'un déficit émotionnel qui conduit souvent à une perte d'intérêt et de plaisir, symptôme qu'on appelle anhédonie [19;20].

L'humeur dépressive est décrite comme étant une vision pessimiste du monde et de soi-même. Elle associe la dévalorisation à l'abattement émotionnel et est composée d'un facteur émotionnel à l'origine de symptômes comme la tristesse, le découragement, le désintéressement, l'irritabilité, et d'un facteur cognitif négatif causant une autodévalorisation et des idéations suicidaires [22].

Le deuxième trait fondamental de la dépression est le syndrome d'inhibition qui correspond à un ralentissement psychomoteur, il comprend 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 [18]. Ce ralentissement cognitif peut entraîner des troubles de la mémoire et une chute du rendement, de la productivité et de la créativité [20]. Le ralentissement moteur et psychique s'accompagne également d'une sensation de fatigue très importante avec un ralentissement de la démarche (démarche traînante), des mouvements, de la mimique, une lenteur du débit verbal voire un mutisme et un affaiblissement de la voix [23].

Les symptômes associés de la dépression comportent principalement des signes somatiques et anxieux. Les manifestations somatiques sont diverses :

– *Les troubles du sommeil* : on retrouve dans plus de 60% des cas de dépression des insomnies : insomnies d'endormissement, réveils nocturnes fréquents avec cauchemars ou encore réveils précoces [7]. Une hypersomnie peut également être observée, mais plus rarement [20;7]. Il s'agit d'une « hypersomnie-refuge » puisqu'elle n'évite au patient souffrant de dépression ni le réveil pénible, ni la sensation désagréable d'un sommeil non réparateur [18].

– *Les troubles alimentaires* : amaigrissement et dégoût de nourriture avec une fréquence anorexique entre 80% et 90% [7]. Par conséquent, la perte de poids est à craindre vu qu'elle peut être sévère [23].

– *Les troubles de la libido* : la dépression peut s'accompagner d'une 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 [20].

– *Autres signes somatiques* : Plusieurs autres symptômes peuvent être exprimés par le patient déprimé dont des troubles digestifs : diarrhée, constipation, nausées, vomissements, gastralgies, ballonnement abdominal ; des troubles génito-urinaires : pollakiurie, dysurie, brûlures mictionnelles, des troubles cardio-vasculaires : hypotension, palpitations, bouffées vasomotrices, tachycardie ; des troubles cénesthésiques : céphalées, vertiges, crampes musculaires, crispations [23].

Quant aux symptômes anxieux, le patient souffrant de dépression est souvent pris d'angoisse 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 [23]. L'intensité de l'anxiété exprimée par le patient est un signe d'alarme, vu qu'elle peut conduire à des tentatives de suicide si accompagnée d'un syndrome d'inhibition important. De plus, il n'est pas rare d'observer une symptomatologie anxieuse franche associée au syndrome dépressif : agoraphobie, phobie sociale, phobie simple ou obsessions [18].

2. Formes cliniques selon la symptomatologie

La dépression peut prendre plusieurs formes cliniques selon l'intensité et le type des symptômes exprimés, il serait difficile de lister exhaustivement toutes ces présentations vu qu'il n'existe pas de consensus général, et que le vécu de chaque patient reste unique

2.1. Dépression mélancolique

Une dépression avec des caractéristiques mélancoliques appelée plus souvent dépression mélancolique est une forme du trouble dépressif qui associe une anhédonie, une absence de réactivité aux stimuli agréables, une qualité particulière de l'humeur dépressive, une agitation psychomotrice remplaçant souvent le ralentissement habituel, une anorexie et un réveil matinal précoce avec des troubles de sommeil [19;20;23].

De plus, en se basant sur les 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 dans la dépression

mélancolique est généralement plus grave que dans une dépression non mélancolique, avec des méthodes suicidaires radicales, puisque le sujet mélancolique se pose en juge féroce, impitoyable et implacable [19;23].

La description clinique d'une dépression mélancolique inclut une attitude humble, un visage reflétant l'accablement, une voix basse et parfois inintelligible, un débit lent et monotone, des traits atones avec abaissement des coins de la bouche et obliquité des sourcils. La forme clinique la plus grave de la mélancolie est la *forme stuporeuse*, lorsque l'inhibition et le ralentissement psychomoteur sont au paroxysme. Dans cette forme, le malade reste immobile et ne s'alimente pas, engageant alors le pronostic vital [23].

2.2. Dépression délirante

La dépression délirante inclut toute dépression où sont observées des idées délirantes. Cette présence d'idées délirantes est classiquement associée à la mélancolie [20]. Dans la classification du DSM 5, 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 [1].

Les idées délirantes chez le sujet déprimé peuvent prendre plusieurs formes : 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 ou d'une autre maladie) [24].

2.3. Dépression masquée

Le diagnostic de dépression masquée est posé quand le trouble de l'humeur est au deuxième plan, caché par l'importance des signes physiques et des plaintes somatiques [18–20]. Dans ce cas, le patient exprime sa souffrance uniquement à travers ce côté somatique. En effet, la présence du ralentissement psychomoteur dans la dépression masquée est le signe à rechercher pour penser au diagnostic de dépression [19].

Les deux principaux diagnostics différentiels de la dépression masquée sont l'hypocondrie et l'hystérie [20]. Dans la dépression, les plaintes sont plus monotones et les revendications moins envahissantes que dans l'hypocondrie, il n'est également pas observé de bénéfices secondaires et les caractéristiques classiques de l'hystérie. Entamer des traitements antidépresseurs permet de distinguer la dépression masquée d'autres pathologies [20;24].

2.4. Autres formes symptomatiques

Plusieurs autres formes symptomatiques de dépression peuvent être identifiées telles que la dépression **anxieuse**, où les symptômes anxieux prédominent ; la dépression **ralentie**, où le ralentissement psychomoteur est plus marqué ; la dépression **hostile**, où la tristesse est remplacée par une irritabilité et une agressivité ; la dépression **prolix**, où le mutisme est remplacé par une logorrhée masquant les émotions [25].

3. Formes cliniques selon l'étiologie

On peut également classifier la dépression selon sa cause, notamment quand on parle de dépression endogène, en opposition à la dépression psychogène ou névrotico-réactionnelle.

Les patients souffrant d'un épisode dépressif avec des antécédents familiaux sont généralement considérés comme plus endogènes, de sévérité plus marquée, et donc de plus mauvais pronostic, par exemple pour le risque de suicide et de récurrence. La dépression psychogène est celle sans facteur héréditaire, considérée de meilleur pronostic. Néanmoins, cette opposition classique entre les dépressions « névrotico-réactionnelles » et les dépressions « endogènes » est souvent remise en question dans la littérature [26;27].

Vu que l'étiopathogénie de la dépression n'est pas entièrement élucidée, on retient surtout dans cette classification deux formes de dépression, celle secondaire à une autre pathologie et celle secondaire à la prise de substances dépressogènes.

⇒ La dépression peut être secondaire à une autre pathologie organique ou psychiatrique :

– Pathologies du système nerveux central : maladie de Parkinson, accidents

vasculaires cérébraux, sclérose en plaque, neurosyphilis, épilepsie et certaines démences dégénératives ou vasculaires.

– Pathologies du système endocrinien, notamment l'hypothyroïdie mais aussi le diabète.

– Maladies chroniques : SIDA, tuberculose.

⇒ La dépression peut aussi être iatrogène : les principales molécules recensées susceptibles d'entraîner une dépression sont l'alcool, les amphétamines, la cocaïne, les opiacés, les antihypertenseurs, les corticostéroïdes, la dopamine, la réserpine et les interférons [1;22].

4. Formes cliniques selon le terrain

La dépression peut toucher des patients de tout âge, on peut distinguer les présentations cliniques des troubles dépressifs selon s'ils concernent des enfants, des adolescents, des sujets âgés, des femmes enceintes ou des mères.

Chez **l'enfant pré-pubère**, les principaux symptômes de dépression associent une irritabilité avec des crises de colère et une non-compliance, une altération de la réactivité affective, des plaintes somatiques, en plus d'une comorbidité fréquente avec l'anxiété, les troubles du comportement et le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) [28].

Chez **l'adolescent**, la dépression se manifeste par une irritabilité (adolescent grincheux, agressif, facilement frustré, fâcheries explosives), une altération de la réactivité affective, une hypersomnie, une augmentation de l'appétit et une prise pondérale, des plaintes somatiques et une sensibilité extrême au rejet [28].

En ce qui concerne **les sujets âgés**, la dépression peut être masquée par des problèmes somatiques, et la symptomatologie est souvent moins franche et moins évidente que celle présentée par un sujet plus jeune [29]. Les symptômes exprimés en premier lieu sont les troubles cognitifs, les plaintes somatiques, l'insomnie, l'agitation et l'anxiété. Les personnes âgées sont également caractérisées par un taux de suicide réussi plus élevé [30].

Quant aux **femmes enceintes**, elles sont plus vulnérables à la dépression pendant la grossesse et pendant les semaines et les mois suivant l'accouchement. Pendant ces périodes, la dépression peut être confondue avec les symptômes de la grossesse. Sans traitement, les femmes enceintes

dépressives sont plus exposées aux risques de fausses couches et d'accouchements prématurés [31].

En **postpartum**, deux formes de dépressions sont fréquemment rencontrées ; le syndrome du troisième jour (baby blues) qui est une forme légère de dépression, il se manifeste de un à trois jours après l'accouchement et dure de dix jours à quelques semaines environ. Jusqu'à 80 % des nouvelles mères en souffrent, mais il disparaît spontanément. Le deuxième trouble est la dépression postpartum, dont souffrent environ 13 % des nouvelles mères, et qui est plus grave et dure plus longtemps. Cette forme peut faire son apparition jusqu'à quelques mois après l'accouchement. Parmi ses symptômes, on note les sentiments d'inadaptation par rapport au bébé, l'anxiété extrême ou la panique, les difficultés à prendre des décisions et le sentiment d'avoir perdu le contrôle [31].

D'autres formes de dépression ont été individualisées en se basant sur leur récurrence, on cite notamment la dépression saisonnière qui touche majoritairement les femmes (86%) d'environ 35 ans avec un début des troubles en moyenne à 26 ans, commençant en automne, avec une durée de 3- 4 mois [24]. La dépression brève récurrente, quant à elle, est une forme clinique considérablement étayée mise en évidence par l'apparition récurrente de moments dépressifs itératifs de courte durée qui ne réunissent pas entièrement les critères de l'épisode dépressif majeur malgré la ressemblance sémiologique [24;32].

5. TDD : épisode dépressif caractérisé

Les troubles mentaux sont actuellement répertoriés dans deux classifications internationales, le DSM 5 et la CIM 11. Le trouble dépressif caractérisé ou épisode dépressif majeur est l'affection classique des troubles dépressifs. Il est caractérisé, dans le DSM 5, par des épisodes délimités d'une durée d'au moins 2 semaines (bien que la plupart des épisodes durent considérablement plus longtemps), comprenant des changements manifestes dans les affects, les cognitions et les fonctions neurovégétatives, et des rémissions entre les épisodes. Un diagnostic reposant sur un épisode unique est possible, même si ce trouble est récurrent dans la majorité des cas [1].

Trouble dépressif caractérisé

Critères diagnostiques

A. Au moins cinq des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et représentent 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 les symptômes qui sont clairement imputables à une autre affection médicale.

1. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (p. ex. se sent triste, vide, sans espoir) 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 quasiment toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel excédant 5 % en un mois) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. (**N.B. :** Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de prise 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).
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 reprocher 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 la personne ou observée par les autres).
9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

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

C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.

N.B. : Les critères A-C définissent un épisode dépressif caractérisé.

N.B. : Les réponses à une perte significative (p. ex. deuil, ruine, pertes au cours d'une catastrophe naturelle, maladie grave ou handicap) peuvent comprendre des sentiments de tristesse intense, des ruminations à propos de la perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, symptômes inclus dans le critère A et évoquant un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou jugés appropriés en regard de la perte, la présence d'un épisode dépressif caractérisé, en plus de la réponse nor-

Figure 3 : critères du DSM 5 pour le diagnostic de trouble dépressif caractérisé

male à une perte importante, doit être considérée attentivement. Cette décision fait appel au jugement clinique qui tiendra compte des antécédents de la personne et des normes culturelles de l'expression de la souffrance dans un contexte de perte¹.

D. La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou d'autres troubles spécifiés ou non spécifiés du spectre de la schizophrénie, ou d'autres troubles psychotiques.

E. Il n'y a jamais eu auparavant d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

N.B. : Cette exclusion ne s'applique pas si tous les épisodes de type maniaque ou hypomaniaque sont imputables à des substances ou aux effets physiologiques d'une autre pathologie médicale.

Codage et procédures d'enregistrement

Le code diagnostique de trouble dépressif caractérisé dépend des données suivantes : épisode isolé ou récurrent, sévérité actuelle, présence de caractéristiques psychotiques et rémission. La sévérité actuelle et les caractéristiques psychotiques ne sont indiquées que si les critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé sont actuellement réunis. Les éléments concernant la rémission ne sont indiqués que si les critères d'un épisode dépressif caractérisé ne sont pas actuellement réunis. Les codes sont les suivants :

Sévérité/évolution	Épisode isolé	Épisode récurrent*
Léger (p. 231)	296.21 (F32.0)	296.31 (F33.0)
Moyen (p. 231)	296.22 (F32.1)	296.32 (F33.1)
Grave (p. 231)	296.23 (F32.2)	296.33 (F33.2)
Avec caractéristiques psychotiques** (p. 229)	296.24 (F32.3)	296.34 (F33.3)
En rémission partielle (p. 231)	296.25 (F32.4)	296.35 (F33.41)
En rémission complète (p. 231)	296.26 (F32.5)	296.36 (F33.42)
Non spécifié	296.20 (F32.9)	296.30 (F33.9)

* Pour qu'un épisode soit considéré comme récurrent, il doit y avoir un intervalle d'au moins 2 mois consécutifs entre des épisodes distincts, au cours duquel les critères d'un épisode dépressif caractérisé ne sont pas remplis. La définition des spécifications est présentée dans les pages indiquées.

** Si des caractéristiques psychotiques sont présentes, le code « avec caractéristiques psychotiques » doit être choisi indépendamment de la sévérité de l'épisode.

Figure 4 : critères du DSM 5 pour le diagnostic de trouble dépressif caractérisé (suite)

V. Hypothèses causales

1. Théorie neurobiologique

La théorie neurobiologique a pour objectif de mettre en exergue des anomalies biologiques responsables des troubles mentaux afin de traiter ces anomalies de façon médicamenteuse. Il s'agit de déterminer le rôle des vulnérabilités constitutionnelles de la symptomatologie psychiatrique afin d'y remédier par l'intermédiaire de traitements chimiques.

1.1. Hypothèse monoaminergique

Cette hypothèse postule que la dépression correspond à un déficit des transmissions noradrénergiques (NA) et sérotoninergiques (5HT). En effet, il est observé dans la dépression un déficit en des monoamines cérébrales : noradrénaline, sérotonine ou dopamine, dans le système nerveux central [24]. Néanmoins, même si ces trois systèmes monoaminergiques semblent liés à la dépression, aucun d'eux n'explique exclusivement les modifications de l'humeur et le mécanisme d'action des antidépresseurs [33].

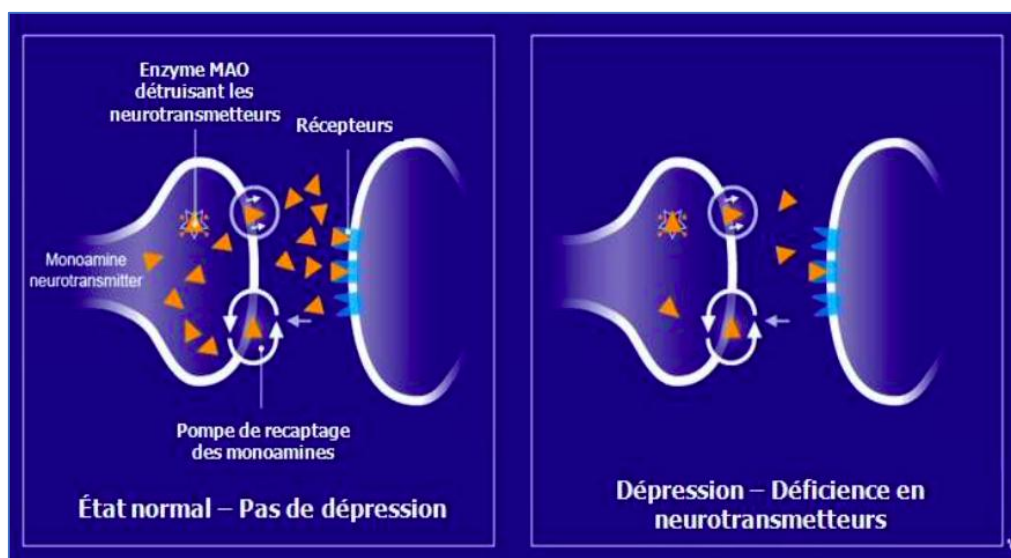


Figure 5 : hypothèse monoaminergique de la dépression [34]

1.2. Hypothèse génétique

Cette hypothèse s'intéresse à l'expression génétique de la dépression, les études ont montré que s'il n'existe pas des gènes proprement dit des troubles dépressifs, il existe certains allèles situés sur l'ADN capables de transmettre une vulnérabilité à la dépression. Ces allèles qui se distinguent par leur séquence peuvent expliquer des différences de fonctionnement dans le développement de la physiologie cérébrale, pouvant créer une fragilité individuelle. On a par exemple démontré qu'un polymorphisme du gène codant pour le transporteur de la sérotonine (5HT) pouvait moduler l'influence des événements de vie stressants ou de l'environnement sur la vulnérabilité à la dépression [35].

1.3. Hypothèse neuroendocrinienne

Chez les personnes souffrant de dépression, une hyperactivité de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien a été observée. Des chercheurs ont montré que l'hyperplasie des surrénales dans la dépression pourrait correspondre à un indice des épisodes dépressifs accumulés dans l'existence [36]. De plus, la découverte d'une hyperplasie de l'hypophyse chez les patients déprimés est en faveur de cette hypothèse [37].

1.4. Hypothèse de déficit de plasticité cérébrale

Cette hypothèse se base sur l'analyse des anomalies structurales du cerveau chez le sujet déprimé. Elle suppose que la dépression correspond à une diminution de cette neuro-plasticité. Les études de neuro-imagerie ont démontré que les sujets atteints de dépression présentent une diminution du volume de différentes structures anatomiques : le cortex orbito-frontal, qui intervient dans le traitement de l'émotion, les modifications

comportementales et la prise de décision ; le cortex préfrontal, qui a une fonction cognitive ; le cortex cingulaire antérieur, qui intervient dans l'attention et la motivation ; le striatum ventral qui intervient dans le système de récompense [38]. L'une des données les plus constantes dans ces études correspond à la réduction de 8 à 19 % du volume de l'hippocampe chez les patients atteints de dépression [39].

2. Théorie chronobiologique

Les rythmes biologiques correspondent à des variations cycliques observées dans l'organisme, qu'elles soient en lien avec des paramètres physiques comme la température corporelle, ou biochimiques comme les concentrations plasmatiques des neurotransmetteurs et des hormones, ou encore, physiologiques comme l'appétit et le sommeil. Ces rythmes sont sous le contrôle à la fois de « l'horloge interne », contrôlée par le noyau supra-chiasmatique de l'hypothalamus, et de composantes externes, dont l'une des principales est la lumière. La mélatonine et le cortisol sont les principaux marqueurs des rythmes circadiens physiologiques, notamment celui du sommeil. La mélatonine est une neuro-hormone synthétisée à partir de la sérotonine et sécrétée par l'hypophyse de façon à être maximale en début de nuit et minimale le jour.

Les études chronobiologiques ont montré des modifications significatives de la sécrétion de mélatonine chez les personnes déprimées, le pic de sa sécrétion physiologique semblant supprimé chez le sujet souffrant de dépression.

Toutefois, bien qu'une perturbation des rythmes circadiens ait été mise en évidence dans la dépression, il est délicat d'établir si ces modifications sont

des conséquences de l'état dépressif, ou plutôt des causes de la dépression [40].

3. Théorie cognitive

Cette théorie de la dépression, développée par Beck [41], s'intéresse aux modalités du traitement de l'information par l'individu. Les sujets déprimés présenteraient des schémas cognitifs inconscients qui filtrent l'information en ne retenant que les aspects négatifs de l'expérience vécue. Il s'agit de schémas dysfonctionnels issus de l'enfance, qui restent latents et silencieux jusqu'à s'activer 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 [42].

Les cinq principales distorsions cognitives identifiées dans la dépression :

- *l'inférence arbitraire* qui est une tendance à conclure hâtivement et sans justification
- *l'abstraction sélective* qui consiste à focaliser l'attention sur un détail négatif, en ignorant les autres éléments d'une situation
- *la surgénéralisation* qui est une tendance à extrapoler la signification d'un événement mineur
- *le raisonnement dichotomique* qui consiste à percevoir les choses sans nuance, en amplifiant les événements négatifs et dévalorisant les événements positifs

- *la personnalisation* qui est une tendance à se sentir responsable de tout événement, même si ceux-ci sont indépendants du sujet [41-44].

4. Théories psychanalytiques

Ces théories s'appuient sur le fait que la dépression découle en partie d'un cheminement pathologique du psychisme. Les causes sont propres à chaque individu ou dépendantes de facteurs extérieurs. Ainsi, un certain nombre d'évènements de vie marqueraient profondément le fonctionnement de l'individu et seraient capables de créer une vulnérabilité à la dépression à l'âge adulte.

Dans *Deuil et Mélancolie* (1915), Freud analyse la dépression à partir du mécanisme psychique du deuil, il postule que la dépression est liée à la perte de la libido mais également à la perte de l'objet d'amour. Le lien entre deuil et mélancolie se justifie par la similarité de leurs tableaux cliniques : réaction à la perte, perte de l'intérêt, état d'âme douloureux, inhibition et limitation du moi. Seule l'altération de l'estime de soi ferait la différence entre les deux états [45;46].

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. En observant des nourrissons, on a distingué deux types de carences, la carence affective totale connue sous le nom d'hospitalisme et la carence affective partielle nommée dépression anaclitique, ces deux états prédisposeraient à une dépression à l'âge adulte [47].

VI. Traitements et indications

1. Psychothérapies

La psychothérapie joue un rôle significatif dans la prise en charge de la dépression. Elle peut être définie comme une approche visant à traiter les troubles de la santé mentale, les problèmes de personnalité et de comportement par le biais de méthodes psychologiques, principalement en utilisant la communication verbale. Cette description générale englobe différents types de thérapies, dont le choix dépend de la nature et de la gravité du trouble, ainsi que des besoins, des attentes du patient, et de la disponibilité d'un thérapeute formé à ces méthodes. Dans les cas de dépression légère à modérée, les psychothérapies peuvent être utilisées en tant que traitement principal, bien qu'elles soient souvent recommandées en association avec un traitement médicamenteux. Le type de psychothérapie à choisir dépend des caractéristiques du patient, telles que sa personnalité et ses capacités de réflexion [48].

1.1. Psychothérapie de soutien

La psychothérapie de soutien est toujours indiquée dans le traitement de la dépression, elle repose sur l'établissement d'une relation thérapeutique entre le médecin et le patient. Son but principal n'est pas de réduire les symptômes, mais de favoriser le dialogue, d'accompagner et de soulager le patient. Fondée sur l'empathie, elle implique une écoute attentive qui permet au patient de mieux comprendre sa maladie, facilitant ainsi sa gestion et son acceptation. Cette psychothérapie est essentielle pour soutenir le processus de guérison et prévenir les rechutes [49].

1.2. Thérapies comportementales et cognitives (TCC)

Les Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC) reposent sur des protocoles standardisés, se caractérisant par leur brièveté, leur approche systématisée et leur focalisation sur des symptômes spécifiques, ce qui en fait une approche de référence pour le traitement de la dépression, en particulier chez les individus présentant des distorsions cognitives. L'objectif des TCC est de rectifier les schémas cognitifs inadaptés et de modifier les comportements pathologiques en enseignant des alternatives psychologiques, comportementales et adaptatives plus positives. Le thérapeute suit une série d'étapes méthodiques : l'identification des symptômes et l'analyse des biais cognitifs, la définition claire du problème, l'examen des solutions possibles, la prise de décision quant à la réponse à apporter, la mise en pratique, et l'évaluation des résultats.

Les TCC sont recommandées pour le traitement de la dépression, en particulier dans les cas de dépression légère, et peuvent être associées à un traitement médicamenteux pour les dépressions modérées [50].

1.3. Psychanalyse

La psychanalyse, envisagée comme une méthode d'exploration des processus mentaux conscients et inconscients, trouve ses origines dans les travaux de Freud. Elle peut être appliquée sous deux formes : la "cure-type", où le patient est allongé sur un divan tandis que le thérapeute observe en retrait, ou une version "d'inspiration psychanalytique" où patient et thérapeute se font face. Cette approche se concentre sur l'exploration de l'inconscient, principalement par le biais de la parole, en s'appuyant sur des concepts tels que le transfert des sentiments du patient envers le thérapeute, les rêves et

l'association libre. De plus, elle permet d'acquérir une compréhension approfondie des mécanismes personnels et inconscients qui peuvent contribuer à la dépression, en particulier en examinant la notion de "perte d'objet" qui peut être à l'origine d'un deuil non résolu, potentiellement provoquant l'effondrement des émotions.

La psychanalyse est recommandée dans le cas d'une dépression associée à des problèmes narcissiques, des difficultés relationnelles, des lacunes affectives résultant de l'enfance, et une personnalité pathologique non psychotique. Les facteurs de succès de cette approche comprennent la volonté de chercher ce type de traitement, l'engagement du patient à s'investir dans le processus, et un désir de comprendre la signification masquée des symptômes [51].

2. Electroconvulsivothérapie (ECT)

L'électroconvulsivothérapie, ou sismothérapie, est un traitement qui implique l'induction de courtes crises d'épilepsie, d'une durée d'au moins 15 à 20 secondes, mais n'excédant pas 1 minute, au moyen de chocs électriques, sous une stricte surveillance médicale. Elle est indiquée en cas d'épisodes dépressifs graves qui ne répondent pas aux traitements médicamenteux et psychothérapeutiques, ou en cas de contre-indication aux antidépresseurs, ou en cas d'épisodes dépressifs caractérisés mettant en jeu le pronostic vital. L'ECT est administrée initialement pendant une hospitalisation, dans un environnement approprié, après un examen pré-thérapeutique approfondi, incluant des analyses sanguines, un électrocardiogramme, un examen du fond d'œil, un scanner cérébral, un électroencéphalogramme, une radiographie thoracique, et une consultation pré-anesthésique. Une courte anesthésie

générale, d'une durée de quelques minutes, est administrée pour le confort du patient, afin de réduire l'anxiété liée au processus de l'ECT. Un agent curarisant est également utilisé pour atténuer les effets musculaires de la crise d'épilepsie. Une fois le patient endormi, un choc électrique est délivré au moyen d'électrodes placées de chaque côté de la boîte crânienne.

Les principaux effets indésirables comprennent une désorientation temporelle et spatiale rapidement réversible, des troubles mnésiques, ainsi que des troubles temporaires variés, tels que des maux de tête, des douleurs musculaires et des nausées. La seule contre-indication absolue à l'ECT concerne l'hypertension intracrânienne, tandis que les autres contre-indications relatives sont principalement liées aux risques liés à l'anesthésie générale [52].

3. Stimulation magnétique transcrânienne répétée (rTMS)

La stimulation magnétique transcrânienne répétée (rTMS) est une méthode relativement récente, employée pour le traitement de la dépression. Elle consiste à appliquer un champ magnétique sur une partie spécifique du cerveau (le cortex) d'un patient éveillé, avec une énergie un million de fois inférieure par rapport à l'ECT. Un examen pré-thérapeutique est nécessaire avant d'utiliser cette technique pour exclure les contre-indications.

Les avantages de la rTMS incluent la bonne tolérance du patient, un faible taux d'effets secondaires, ainsi qu'une amélioration globale des symptômes dépressifs, notamment en ce qui concerne le ralentissement psychomoteur et les difficultés de concentration.

L'émergence de cette nouvelle technique représente une avancée significative dans le traitement de la dépression. Dans certains pays, comme

le Canada, les États-Unis et l'Australie, elle est reconnue comme une thérapie à part entière [53;54].

4. Photothérapie ou lumineothérapie

La photothérapie, ou lumineothérapie, consiste en un traitement par exposition quotidienne à une lumière blanche artificielle, simulant la lumière solaire, avec une intensité d'environ 2500 à 10 000 lux, de préférence le matin, pendant une durée de 30 minutes. Lorsque cette lumière pénètre dans les yeux, elle se transforme en signaux électriques qui agissent sur les neurotransmetteurs dans le cerveau, notamment la sérotonine et la mélatonine.

La principale indication de la photothérapie est le traitement de la dépression présentant des caractéristiques saisonnières, généralement liées à l'automne et à l'hiver, en raison du manque de lumière naturelle. Elle est également utilisée en complément pour les dépressions non saisonnières, contribuant ainsi à réduire les symptômes et à améliorer le bien-être. En général, une diminution des symptômes devient perceptible après quelques jours d'utilisation, mais il faut environ 4 semaines de traitement pour observer une amélioration significative et des changements mesurables au niveau biologique [55].

5. Traitements médicamenteux

Les premiers antidépresseurs ont été découverts de manière fortuite en 1957 par la constatation de l'effet euphorisant de l'iproniazide, médicament initialement destiné au traitement de la tuberculose. Ce sont Nathan Kline et son équipe qui eurent l'idée de l'administrer aux patients atteints de

dépression, après avoir observé ses effets sur l'humeur des patients tuberculeux [56].

Le traitement antidépresseur est soumis à plusieurs modalités, dépendant notamment du patient, des caractéristiques de la dépression, des comorbidités, des affections somatiques et des contre-indications. Les règles d'instauration, de début, de changement et d'arrêt du traitement varient au cas par cas.

On distingue actuellement cinq grandes classes de médicaments antidépresseurs. Les antidépresseurs de première génération sont les **tricycliques**, également connus sous le nom d'imipraminiques, en référence au premier médicament de cette classe, l'imipramine. Ils partagent une structure moléculaire commune tricyclique, à l'exception de la maprotiline, qui est tétracyclique mais est rattachée aux imipraminiques en raison de ses effets thérapeutiques. Leur mécanisme d'action est complexe, impliquant une action noradrénergique et sérotoninergique, une composante anticholinergique centrale et périphérique, ainsi qu'un effet alpha-adrénergique à des doses élevées. Il est important de noter que leur efficacité thérapeutique est liée à la dose administrée, avec un risque accru de rechute à des doses plus faibles. Globalement, les tricycliques sont moins bien tolérés que d'autres types d'antidépresseurs, provoquant des effets secondaires significatifs en raison de leur action sur les récepteurs post-synaptiques, tels que des effets anticholinergiques, un effet alpha-adrénergique et un effet antihistaminique H1 [57].

Les inhibiteurs de la monoamine oxydase (**IMAO**) fonctionnent en bloquant l'action de deux enzymes synaptiques, la monoamine oxydase A et

B, qui dégradent les neurotransmetteurs. De manière sélective selon le type de molécule, ils augmentent la concentration synaptique des principaux neurotransmetteurs. Cependant, en raison de leur mauvaise tolérance et des contraintes importantes liées au traitement, leur prescription est actuellement réservée à la deuxième ou même à la troisième intention [57].

Ces deux catégories (tricycliques et IMAO) correspondent aux antidépresseurs de première génération, caractérisés par leur efficacité antidépressive éprouvée mais aussi par des effets secondaires souvent contraignants. En revanche, les antidépresseurs de deuxième génération, plus récents, offrent une efficacité équivalente avec une meilleure tolérance. Ils sont appelés "sérotoninergiques" lorsqu'ils agissent uniquement sur la sérotonine, ou "bioaminergiques" lorsqu'ils agissent sur la sérotonine et la noradrénaline. Ces antidépresseurs de deuxième génération comprennent les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), qui agissent en bloquant la recapture présynaptique de la sérotonine. Leur efficacité est comparable à celle des tricycliques et des IMAO, mais ils sont généralement mieux tolérés, ce qui en fait un traitement privilégié en première intention. Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa) appartiennent à la même génération et complètent leur action en inhibant la recapture de la noradrénaline [58].

Il existe d'autres antidépresseurs de structures moléculaires différentes, avec des mécanismes d'action variés, qui agissent généralement sur la concentration synaptique des neurotransmetteurs monoaminergiques.

Les différents antidépresseurs sont dans l'ensemble d'efficacité clinique similaire. Le choix d'une molécule pour chaque patient est basé sur plusieurs

critères, notamment les propriétés et le profil de tolérance de l'antidépresseur, les comorbidités psychiatriques et somatiques, les éventuelles contre-indications, le type clinique de la dépression, les traitements des épisodes dépressifs antérieurs, la préférence du patient et le coût du traitement [59].

Dans le cas d'épisodes dépressifs d'intensité modérée à sévère en ambulatoire, il est recommandé en première intention et en l'absence de contre-indication, la prescription d'un ISRS, d'un IRSNA ou d'un antidépresseur appartenant à la classe des « autres antidépresseurs », en raison de leur meilleure tolérance. La prescription d'un imipraminique ou d'un IMAO se fera en deuxième ou troisième intention [60].

VII. Évolution

L'évolution de l'épisode dépressif majeur peut prendre plusieurs formes. On parle de phase de dépression propre lorsque les symptômes correspondent aux critères diagnostiques établis par les classifications.

La phase de rémission, quant à elle, est d'une durée variable allant de six à neuf mois et caractérisée par la disparition des symptômes. Pendant cette période, tout retour des symptômes de l'épisode dépressif majeur est qualifié de rechute. Une rechute se manifeste par une recrudescence précoce des symptômes de l'épisode dépressif majeur, survenant entre deux et neuf mois après la rémission. Elle se produit avant la guérison complète et peut résulter d'une diminution de l'observance du patient. Il est essentiel d'informer le patient que le traitement doit être poursuivi même après la rémission. Si la bonne observance n'est pas remise en cause et qu'aucun facteur externe n'explique la baisse d'efficacité du traitement, le professionnel de santé devra évaluer la possibilité d'ajuster la posologie ou de changer de molécule.

La phase de guérison, au cours de laquelle la réapparition des symptômes, liée à l'apparition d'un nouvel épisode, est qualifiée de récurrence. La récurrence se produit après la guérison, après au moins deux mois de rémission totale et à une certaine distance de l'arrêt du traitement curatif. Elle ne remet pas en cause l'efficacité du traitement, mais plutôt la capacité du patient à s'en passer. Pour un premier épisode dépressif, le risque de récurrence est le plus élevé au cours de la première année qui suit l'épisode initial, puis diminue avec le temps. La prévention de la récurrence implique la prescription d'un traitement prophylactique. Si une récurrence survient chez un patient traité à long terme avec un traitement préventif, l'efficacité de ce dernier doit être réévaluée et des ajustements peuvent être nécessaires.

La symptomatologie dépressive peut se prolonger dans certains cas à une durée supérieure à deux ans. Cette dépression est alors considérée comme chronique (dysthymie) [61].

VIII. Évaluation de la dépression

Outre les critères diagnostiques des classifications internationales notamment ceux du DSM, il existe des échelles d'évaluation aidant à dépister les troubles et à poser le diagnostic de dépression. Elles servent à évaluer l'intensité des symptômes de l'épisode dépressif majeur et à suivre leur évolution au fil du traitement. Ces échelles se déclinent en deux catégories ;

des échelles qui correspondent à des listes standardisées de critères diagnostiques (échelles-critères) et qui sont évaluées par des professionnels de la santé et des échelles d'auto-évaluation, qui sont complétées directement par le patient lui-même.

Les échelles les plus utilisées sont :

– L'échelle de Max Hamilton (**HDRS**) : publiée en 1960, elle évalue la symptomatologie la plus souvent rencontrée dans la dépression majeure, elle mesure la sévérité de celle-ci ainsi que son évolution sous traitement. Cette échelle comporte 17 items gradués de 0 à 2 ou de 0 à 4 permettant de coter la dépression et d'en assurer le suivi. Plus la note est élevée, plus la dépression est grave, de 10 à 13 : symptômes dépressifs légers, de 14 à 17 : symptômes dépressifs légers à modérés, plus de 18 : symptômes dépressifs modérés à sévères [62].

– L'échelle de Montgomery et Asberg (**MADRS**) : publiée en 1979, c'est l'une des échelles d'hétéro-évaluation les plus utilisées (**annexe 2**). Cette échelle mesure les dix variables qui changent le plus sous traitement antidépresseur : la tristesse exprimée, la tristesse apparente, la tension intérieure, la réduction du sommeil, la réduction de l'appétit, les difficultés de concentration, la lassitude, l'incapacité à ressentir, le pessimisme et les idées de suicide. La cotation de chaque item varie de 0 à 6. Les degrés d'intensité 0, 2, 4 et 6 sont définis. Les cotations 1, 3 et 5 correspondent à des degrés intermédiaires. Les sous-groupes couramment utilisés sont : de 0 à 6 points : patient sain, de 7 à 19 points : dépression légère, de 20 à 34 points : dépression moyenne, plus de 34 points : dépression sévère [63].

– L'inventaire de Beck (**BDI**), publié en 1961 concerne surtout les cognitions dépressives c'est-à-dire le traitement de l'information par le sujet . Ainsi, pour chaque item, le patient choisit parmi quatre affirmations, celle qui correspond le mieux à son état actuel (note de 0 à 3). Le résultat global de cet auto-questionnaire permet au patient d'évaluer la gravité de son état : de 1 à

10 : Hauts et bas considérés comme normaux, de 11 à 16 : Troubles bénins de l'humeur, de 17 à 20 : Cas limite de dépression clinique, de 21 à 30 : Dépression, de 31 à 40 : Dépression grave, plus de 40 : Dépression extrême [64].

– L'échelle **CES-D** de Radloff, publiée en 1977, comprend 20 items dont le patient doit évaluer la fréquence lors de la semaine écoulée, variant de « jamais, très rarement » (coté 0) à « fréquemment, tout le temps » (coté 3) [65].

– Le questionnaire abrégé de dépression de Pichot (**QD2A**), publié en 1984, est composé de 13 phrases courtes cotées « vrai/faux ». Chaque réponse « vrai » compte pour 1 point. Une note supérieure ou égale à 7 points permet d'affirmer l'existence d'une symptomatologie dépressive significative. C'est un test qui permet le dépistage des états dépressifs [66].

Il existe d'autres échelles d'évaluation dont certaines sont spécifiques à certaines catégories telles que l'échelle d'évaluation de la dépression gériatrique (**GDS**) développée par Yesavage et Brink en 1983 et l'échelle de dépression du post-partum d'Edimbourg (**EPDS**) développée par Cox en 1987 [67].

CHAPITRE II : Théorie de l'attachement



Figure 6 : « L'attachement », tableau de Anne Logeais (2011)

Ce deuxième chapitre présente la théorie de l'attachement, un aperçu historique de cette théorie, une définition de l'attachement adulte, des modèles internes opérants et des différents styles d'attachement, ses liens avec la psychopathologie, ses applications ainsi que les moyens utilisés pour son évaluation.

I. Histoire de la théorie d'attachement

Dès les années 1930, la théorie de l'attachement a joué un rôle important dans notre compréhension de la façon dont les relations humaines se forment et se développent. Cette théorie a été développée et étudiée dans de nombreuses disciplines, y compris la psychologie, la sociologie et la psychiatrie. De nombreux psychanalystes se sont penchés sur l'observation des effets de la séparation entre un enfant et sa mère au cours des premières années de sa vie sur le développement de sa personnalité [68]. Aux États-Unis, Goldfarb, et en Grande-Bretagne, Anna Freud et Dorothy Burlingham, ont souligné à cette époque que les enfants de moins de 7 ans, séparés de leur mère, peuvent rencontrer des difficultés dans leur développement physique, social, intellectuel et émotionnel [69].

En 1950, l'Organisation Mondiale des Nations Unies a sollicité John Bowlby pour travailler sur la question de la santé mentale des enfants sans foyer [68]. C'est à ce moment-là qu'il a décrit pour la première fois l'existence d'un lien affectif d'attachement entre la mère et le jeune enfant [3]. Il a conclu que « l'élément essentiel pour la santé mentale est que le nourrisson, puis le jeune enfant, ait une relation chaleureuse, intime et continue avec sa mère (ou un substitut maternel stable), source de satisfaction et de joie pour les deux » [70].

Dans les années suivantes, Bowlby a poursuivi ses recherches en collaboration avec James Robertson, un travailleur social en psychiatrie. À cette époque, leur approche novatrice consistait à effectuer un travail empirique et prospectif en observant de jeunes enfants pris en charge à l'hôpital, âgés de jusqu'à trois ans, et séparés de leurs mères (sans substitut maternel stable)

[69;70]. Ils ont noté que ces enfants présentaient des changements de comportement lors de la séparation, et que ces changements persistaient même après leur retour à la maison familiale. Bowlby et son équipe ont décrit trois phases chez ces enfants : la protestation, le désespoir et le détachement [69;70]. Suite aux résultats de cette étude, Bowlby et son équipe ont conclu que l'attachement du bébé à ses parents est un besoin primaire et ont émis l'hypothèse que des séparations prolongées entre la mère et le bébé pourraient entraîner des difficultés à l'âge adulte [69;70].

II. Attachement adulte et modèles internes opérants

Selon la théorie de l'attachement de Bowlby, le lien d'attachement est défini comme une relation affective privilégiée que l'on établit avec une personne spécifique. Cette personne devient notre refuge en cas de détresse, créant ainsi un sentiment de sécurité interne qui nous permet d'explorer le monde en toute confiance [69].

Le système d'attachement demeure actif tout au long de la vie, et son objectif principal pour les adultes, tout comme pour les jeunes enfants, est de cultiver un sentiment de protection et de sécurité [71]. L'activation de ce système chez les adultes résulte de divers facteurs, notamment les situations impliquant une perte ou une séparation avec la figure d'attachement, des situations de danger concernant la figure d'attachement ou soi-même, des événements générant de l'anxiété, du doute sur soi ou de la honte, ainsi que des conflits et des défis de la vie [71].

Pour Bowlby, les représentations d'attachement de l'adulte s'organisent sous forme de modèles internes opérants qui correspondent aux représentations mentales de soi et des autres et qui structurent nos relations interpersonnelles [72]. Ces modèles internes opérants (MIO) sont présents dès l'enfance et se prolongent tout au long de la vie. Pour déterminer l'âge d'apparition des MIO, Bowlby s'appuie sur les travaux de Piaget relatifs à la permanence de l'objet [73]. La permanence de l'objet serait une acquisition cognitive développementale de l'enfant vers l'âge de 5 ans. 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. Les MIO fonctionnent généralement de manière automatique et inconsciente [72].

On comprend que 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. Lorsque des événements liés à l'attachement se produisent, les modèles internes opérants sont automatiquement réactivés. Une fois activés, ces modèles jouent un rôle significatif en influençant les schémas de réponse émotionnelle, cognitive et comportementale du sujet. Bien que ces modèles internes opérants aient tendance à rester relativement stables, certains auteurs suggèrent qu'ils peuvent évoluer en réponse à des événements de vie positifs ou négatifs [71].

L'attachement chez l'adulte envisage d'autres formes d'attachement en dehors de la relation parent-enfant. Hazan et Shaver ont développé la notion **d'attachement romantique**, mettant en avant que l'attachement chez les adultes se forme de la même manière que l'attachement chez les enfants se développe vis-à-vis de leurs parents. Ils ont établi l'idée d'une équivalence fonctionnelle entre le lien d'attachement entre deux partenaires et celui entre l'enfant et son pourvoyeur de soins. Ces deux types de liens font partie intégrante d'un même système qui est le système d'attachement [74].

Un autre niveau d'attachement adulte est **l'attachement interpersonnel**, introduit par Bartholomew et Horowitz, qui ont essayé de valider empiriquement la théorie de l'attachement chez l'adulte en analysant les travaux existants. Ils concluent que les modalités de l'attachement adulte d'un sujet se retrouvent dans tout type de liens et de relations interpersonnelles [75]. Cette approche a permis d'élargir la notion d'attachement dans ces relations interpersonnelles générales qui sont interprétées à la fois à partir de l'intériorisation des expériences d'attachement passées (parentales) et des relations actuelles (notamment amoureuses) [75].

III. Styles d'attachement adulte

Le terme de « style d'attachement » chez l'adulte est utilisé pour signifier l'équivalence fonctionnelle à l'âge adulte du système d'attachement décrit initialement chez l'enfant par Bowlby [74]. 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. Les styles d'attachement chez l'adulte peuvent donc être décrits comme des schémas

systématiques qui déterminent les attentes, les besoins, les émotions, les stratégies de régulation émotionnelle et les comportements sociaux [76].

La catégorisation des styles d'attachement adulte largement adaptée est celle de Bartholomew et Horowitz, qui ont décrit quatre styles d'attachement interpersonnel selon le modèle interne de soi et de l'autre [75] :

* Style d'attachement **sécuré** : sujets ayant un modèle de soi positif et un modèle de l'autre positif, il se caractérise par une bonne estime de soi, une confiance et une dépendance saine vis-à-vis d'autrui.

* Style d'attachement **préoccupé** (anxieux) : sujets ayant un modèle de soi négatif et un modèle de l'autre négatif, se caractérisant par une anxiété dans les relations interpersonnelles, un désir d'être approuvé par les autres, un manque de confiance, une préoccupation vis-à-vis des relations et une solitude.

* Style d'attachement **détaché** (évitant) : sujets ayant un modèle de soi positif et un modèle de l'autre négatif, il se caractérise par un évitement de l'intimité, un manque de confiance, une indépendance marquée, et une valorisation de la réussite.

* Style d'attachement **craintif** (désorganisé) : sujets ayant un modèle de soi et de l'autre négatifs, se caractérisant par une faible estime de soi, un manque de confiance, une anxiété dans les relations interpersonnelles, une recherche de contact et de l'intimité, un désir d'être approuvé par les autres, une tendance à la solitude ainsi que de la colère et de l'hostilité.

IV. Applications de la théorie de l'attachement

Le système d'attachement semble jouer un rôle crucial en tant que modèle de vulnérabilité ou de résilience face à l'émergence de la psychopathologie [69]. Plusieurs auteurs ont abordé la corrélation entre les types d'attachement insécure et le développement de troubles mentaux à l'âge adulte. Ces études ont principalement évalué le lien entre l'attachement et des troubles tels que la dépression, les troubles anxieux, le trouble de la personnalité borderline, la schizophrénie, les dépendances, les troubles du comportement alimentaire et le trouble de stress post-traumatique (PTSD) [77].

L'intérêt majeur de la théorie de l'attachement est de mieux caractériser et comprendre les troubles liés à l'attachement, afin surtout de pouvoir intervenir pour traiter ces troubles et prévenir leurs conséquences. Depuis une quinzaine d'années, un nombre grandissant d'interventions basées sur la théorie de l'attachement ont vu le jour. Plusieurs interventions ont été conçues afin de favoriser les qualités relationnelles entre un enfant et ses donneurs de soins, alors que d'autres s'intéressent à promouvoir des relations conjugales satisfaisantes et durables. Ces interventions se basent sur la mise en place d'une organisation sécurisée par le biais de l'établissement de modèles opérants internes autonomes et d'une capacité de mentalisation permettant ainsi à la personne de trouver et/ou de donner du réconfort.

Une première application des concepts de la théorie de l'attachement est la compréhension des liens précoces du jeune enfant avec ses parents pour mettre en place des interventions précoces en milieu vulnérable, qui aident les parents à haut risque à développer des interactions plus adéquates avec leur

enfant [78]. Plusieurs interventions sont utilisées par les praticiens, certaines ciblent uniquement les mères, d'autres s'adressent aux parents et à l'enfant. On cite notamment l'intervention dénommée « Watch, wait and wonder », qui est une intervention clinique individuelle avec pour objectif d'impliquer les mères dans l'observation de leur propre enfant, avec pour but d'accroître leur sensibilité et leur empathie envers leur bébé, afin de mieux répondre à ses besoins [79]. D'autres interventions sont : « *Attachment and Biobehavioral Catch-up* » (ABC), « Circle of Security Project », la *psychothérapie parent-enfant*, la *psychothérapie dyadique développementale*.

Pour les **adolescents**, les interventions les plus utilisées sont : « *Attachment-Based Family Therapy* » (ABFT) et « *Emotionally Focused Family Therapy* » (EFFT). Chez les **couples**, on utilise surtout la « *Emotionally Focused Therapy* » (EFT). Pour l'**adulte**, les praticiens ont recours à « *Mentalization-Based Treatment* » (MBT), « *Transference-Focused Psychotherapy* » et la *psychothérapie interpersonnelle* [80]. Toutes ces interventions seront détaillées dans la dernière partie de notre travail.

V. Attachement et psychopathologie dépressive

La théorie de l'attachement peut servir de modèle compréhensif dans la construction de cognitions et d'attentes interpersonnelles pouvant être sources de vulnérabilité dépressive [81]. Bowlby décrit déjà le lien existant entre l'attachement insécurité et l'apparition de symptomatologie anxieuse et dépressive [72].

Étudier la vulnérabilité psychologique de la dépression revient à étudier deux volets principaux : celui des « événements de vie », et celui des

explications psychodynamiques et cognitives de la dépression, qui comprend l'étude de l'attachement [33].

La vulnérabilité psychologique de la dépression est associée à différentes problématiques, issues de différents modèles théoriques, comme le type de réaction à la perte de l'objet aimé [45] ou le développement dans l'enfance de schémas dysfonctionnels renvoyant à des pensées automatiques négatives sur soi, le monde et le futur [41]. 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, même si ses modèles ne sont pas adéquats et ne correspondent pas à la réalité [41–45].

Le modèle de l'attachement peut être un des modèles psychologiques explicatifs de la psychopathologie dépressive. Il apporte un éclairage nouveau sur les émotions et leurs significations psychiques en lien avec l'histoire d'attachement des sujets. Effectivement, si les premières expériences affectives avec la figure d'attachement sont sécurisantes, le sujet acquiert parallèlement un sentiment de sécurité interne, fonctionnant comme facteur de protection contre la constitution de certains troubles mentaux, notamment dépressifs [82].

Plusieurs études montrent un lien entre la pathologie dépressive et l'attachement insécure, qu'il soit préoccupé ou craintif. L'un des objectifs de notre étude étant d'analyser les liens entre l'attachement et la symptomatologie dépressive, la partie **Discussion** détaillera les travaux qui montrent ce lien en analysant les styles et stratégies d'attachement des sujets déprimés.

VI. Évaluation de l'attachement adulte

Les mesures d'attachement font référence aux différentes procédures utilisées pour évaluer le système d'attachement chez les enfants et les adultes. Les chercheurs ont développé diverses méthodes d'évaluation des stratégies et des modèles d'attachement. Certaines méthodes sont spécifiques de quelques modèles d'attachement (attachement parent-enfant, attachement romantique...) et d'autres sont plus générales.

Chez l'adulte, les trois principales méthodes de mesure de l'attachement comprennent l'entretien sur l'attachement de l'adulte (Adult Attachment Interview : **AAI**), développé par Carol George, Nancy Kaplan et Mary Main en 1984, le système d'images projetées sur l'attachement de l'adulte (Adult Attachment Projective Picture System : **AAP**), développé par Carol George et Malcolm West en 1999 et les **questionnaires d'auto-évaluation** [83].

Hazan et Shaver ont créé le premier questionnaire pour mesurer l'attachement chez les adultes. Leur questionnaire a été conçu pour classer les adultes selon les trois styles d'attachement identifiés par Ainsworth : attachement sécure, évitant et ambivalent/anxieux. Il s'agit de l'Adult Attachment Scale (**AAS**) [74].

Cependant, la majorité des auto-questionnaires utilisés actuellement pour évaluer l'attachement adulte se basent sur la catégorisation en 4 modèles de Bartholomew & Horowitz : style sécure, évitant, anxieux et désorganisé. Le Relationship Questionnaire (**RQ**), créé par ces mêmes auteurs consiste en 4 items, chacun décrivant un style d'attachement [75].

L'interprétation de ces questionnaires se base généralement sur les combinaisons d'anxiété et d'évitement afin de définir les quatre styles d'attachement. Le style d'attachement sécurisé se caractérise par une faible anxiété et un faible évitement ; le style d'attachement anxieux se caractérise par une forte anxiété et un faible évitement ; le style d'attachement évitant se caractérise par une faible anxiété et un évitement élevé ; et le style d'attachement désorganisé se caractérise par une forte anxiété et un évitement élevé (**Figure 7**).

Outre le RQ et le AAS, les principaux questionnaires utilisés dans la pratique clinique et la recherche sont : le questionnaire Expériences dans des relations étroites (**ECR**), le questionnaire Expériences dans des relations étroites Révisé (**ECR-R**), Attachment and Clinical Issues Questionnaire (**ACIQ**), Attachment Style measure (**AS**), Brief Attachment Adjective Checklist (**BAAC**), Client Attachment to Therapist Scale (**CATS**), Relationship Scale Questionnaire (**RSQ**), Cartes des modèles individuels de relations (**Ca-mir**) [83;84].

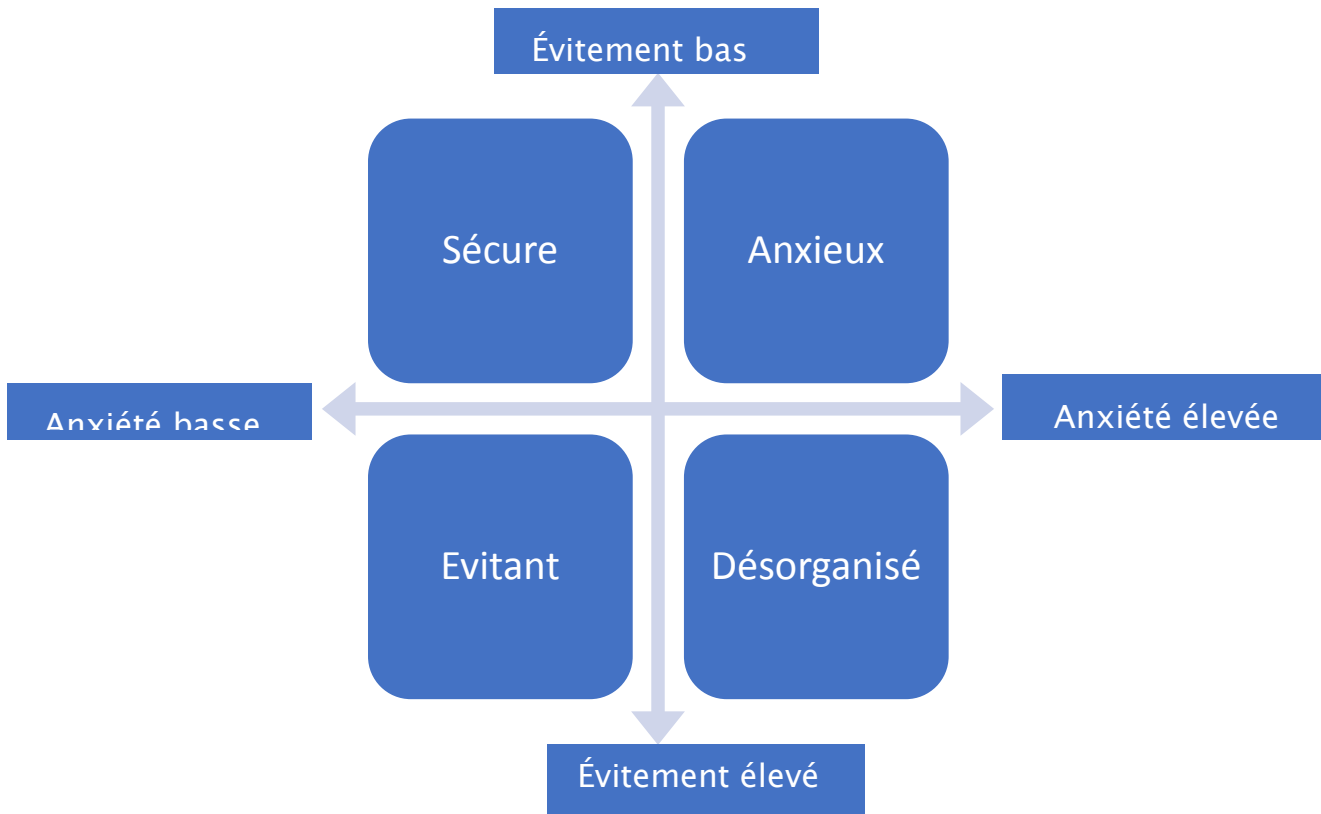


Figure 7 : Caractérisation des styles d'attachement selon l'évitement et l'anxiété

CHAPITRE III : Évènements de vie significatifs



Figure 8 : « Judith décapitant Holopherne », tableau de Artemisia Gentileschi

(1613)

Dans notre étude, le principal objectif est d'analyser les liens entre attachement, dépression et événements de vie, il est pertinent de définir les événements de vie, qu'ils soient précoces ou récents, leur lien avec la dépression et l'attachement adulte ainsi que les modalités de leur évaluation.

I. Évènements de vie : définition et conceptualisation

Un événement peut être défini d'une manière générale comme tout ce qui peut arriver, survenir dans l'existence, et pouvant être vécu par l'individu d'une manière positive ou négative qui lui est propre. Les événements de vie sont des situations ou des faits importants survenant de façon brutale, imprévisible ou non, soumettant l'individu à une agression émotionnellement choquante ou non et sur laquelle un contrôle peut ou peut ne pas être possible dans l'urgence de la situation. Pour Freud, les événements de vie sont toutes les situations où l'on subit un préjudice, une humiliation, une déception, situations qui peuvent introduire un changement émotionnel significatif [85].

Leur définition de point de vue médical étant complexe, la conceptualisation des événements de la vie joue un rôle majeur dans le développement et l'évolution des recherches sur la relation entre événements et maladie. Au fur et à mesure que les chercheurs élaborent leurs approches conceptuelles, ils mettent au point des méthodologies et par là même des instruments et des modes d'approche de plus en plus spécifiques des problèmes traités. Un certain nombre de recherches traitent les événements selon leur type.

Une première catégorisation distingue entre les non-événements et les événements, introduisant la notion de non-événement, c'est-à-dire un événement escompté qui n'a pas eu lieu, comme une promotion qui était

attendue par l'individu. Les non-événements peuvent, comme les événements traumatisants, correspondre à un espoir déçu, à un choc plus ou moins soudain et être contrôlé de manière variable selon les situations. On peut également faire une distinction entre les événements anticipés comme le mariage ou la retraite, et ceux non anticipés comme l'irruption d'une maladie [86]. La plupart des études portent sur les événements marquants, mais certains chercheurs différencient les événements considérés comme significatifs ou marquants et ceux envisagés comme banaux par l'individu dans son existence. D'autres recherches distinguent les événements positifs des événements négatifs, les événements choisis des événements contraints [87]. Les différents types des événements/non-événements s'inscrivent dans les domaines personnels, de la santé, du travail ou de la famille [86].

Un autre critère servant à catégoriser les événements de vie est la temporalité de l'événement, que ce soit son ancienneté ou sa fréquence. Dans certaines études, il peut être demandé à l'individu d'envisager un événement de manière prospective ou d'évaluer voire rapporter un événement vécu de manière rétrospective. Dans le cas des événements rétrospectifs, les réponses des sujets peuvent être différenciées en fonction de de l'ancienneté de l'événement [88].

Une autre catégorisation des événements de vie se fait quant à leur nature, qui peut être normative ou subjective. L'évaluation subjective permet d'étudier la façon dont le sujet perçoit l'événement de manière singulière et personnelle. Vu que la perception par l'individu du changement suite à un événement en fonction de ses caractéristiques personnelles ainsi que la

définition qu'il en donne, comptent souvent plus que le changement en soi [89].

II. Évènements de vie et dépression

Parallèlement aux différentes théories l'étiopathogénie de la dépression, l'implication des évènements de vie traumatisants ou stressants dans la survenue d'états dépressifs est avérée. Selon Brown, la présence de ces évènements sur un terrain fragile seraient à l'origine de l'épisode dépressif. En général, les évènements de vie dans ce cadre sont classés en deux types : les évènements **précoces**, désignés comme facteurs de vulnérabilité ; il s'agit d'évènements qui prédisposent à la survenue du trouble, et les évènements **récents**, à proximité du trouble ; ce sont des évènements déclenchants [90].

Évènements de vie précoces comme facteurs de vulnérabilité dépressive:

Les événements précoces ont lieu à l'enfance, au cours du développement de la personnalité. Une perte parentale est fortement liée à la survenue d'un épisode dépressif à l'âge adulte. Une mauvaise relation au parent est également prédictive de l'apparition d'une dépression à l'âge adulte. Les carences affectives et de soins, plus que la perte parentale en elle-même, auraient donc un impact dépressogène. Les sévices précoces, notamment les abus sexuels subis dans l'enfance, majoreraient grandement le risque d'apparition de dépression à l'âge adulte [90].

Évènements de vie récents comme facteurs déclenchants de dépression:

Les événements de vie récents et stressants sont fortement impliqués dans le déclenchement des épisodes dépressifs. En effet, suite à un événement de vie négatif sévère, environ 10% des sujets exposés développeront un épisode dépressif. On retrouve trois fois plus d'évènements de vie stressants dans les

six mois précédents chez les patients déprimés que dans la population générale. Environ 60% des épisodes dépressifs sont précédés d'un événement de vie stressant. Le risque de développer une dépression est multiplié par 6 en cas de survenue d'un événement de vie stressant. D'autres facteurs de vulnérabilité sont contemporains de la dépression comme les carences de support social concernant l'ensemble des relations entre un individu et son environnement [91].

III. Évènements de vie et attachement

Les événements graves de la vie sont établis comme agents provoquant la dépression en combinaison avec des facteurs de vulnérabilité. Parmi ces autres facteurs on retrouve l'attachement non sécurisé, lui-même pouvant être conséquence de certains événements de vie. L'identification des caractéristiques des événements améliorerait donc la prédiction des troubles, en étudiant leur association avec les styles d'attachement non sécurisés [92].

La question de la stabilité de l'attachement adulte présente un intérêt majeure pour une meilleure compréhension de la théorie de l'attachement. Certaines études suggèrent qu'il existe une continuité de l'attachement acquis tout au long des années adultes. Cependant, des fluctuations dans la stabilité des styles d'attachement sont possibles, ce qui indique qu'un changement est possible, compte tenu de certaines influences personnelles, environnementales et des événements de vie. Dépendamment de la nature de ces influences et événements, le style d'attachement peut changer vers l'insécurité comme il peut changer vers la sécurité [93].

Néanmoins, même si on a montré qu'une variété d'événements de la vie sont associés à des changements dans les styles d'attachement des adultes, ces changements sont souvent transitoires. Une étude mettant en évidence ces changements de styles d'attachement a constaté que, en moyenne, les gens ont eu tendance à revenir à des niveaux de sécurité similaires à ceux auxquels on s'attendait sur la base de leur modèle avant l'événement, et que la manière dont les gens interprétaient les événements (positive ou négative) était liée à la mesure dans laquelle leurs styles d'attachement changeaient [94].

IV. Évaluation des événements de vie

En s'appuyant sur les bases conceptuelles des événements de vie, les chercheurs ont mis au point des méthodologies et par la suite des instruments et des modes d'approche de plus en plus spécifiques pour analyser ces événements et leur impact.

Holmes et Rahe sont parmi les premiers chercheurs à se pencher sur la question en 1967 [95]. Pour eux, c'est la « quantité de changement » impliquée par un événement survenant dans la vie d'une personne qui confère à celui-ci un rôle pathogène ou non, l'objectif de Holmes et Rahe a été de fournir un nouvel outil : **l'échelle de réajustement social**, (The Social Readjustment Rating Scale, **SRRS**). Il s'agit d'un instrument d'auto-évaluation basé sur une méthode de collection d'événements aboutissant à une attribution de scores de réajustement pour chacun des événements. Selon Holmes et Rahe, cette échelle vise à établir les relations entre des phénomènes biologiques, physiologiques et sociologiques.

L'hypothèse principale est que les effets des événements majeurs sont cumulatifs et que l'importance des changements produits par les événements

est associée avec l'apparition d'un ensemble de maladies ultérieures. Un autre nom de cet instrument que nous utilisons pour notre étude (**Annexe 4**) est l'échelle des expériences récentes (Schedule of Recent Experiences), vu qu'elle ne prend en compte que les événements ayant eu lieu au cours des derniers 12 mois. Il s'agit d'une liste de 43 événements considérés comme potentiellement perturbants, dans la mesure où ils impliquent une certaine quantité de changement lorsqu'ils surviennent dans la vie de tout un chacun. Ce changement, qui exige alors un effort d'adaptation et de réajustement de la part de celui qui le vit, a été quantifié par un grand nombre de sujets-juges, devant se référer à leurs expériences personnelles et à ce qu'ils ont pu voir autour d'eux [95].

Après l'utilisation de la liste des événements proposée par les précurseurs Holmes et Rahe pendant une décennie, les chercheurs ont mis au point plusieurs outils d'évaluation qui s'en inspirent, l'enrichissent ou la critiquent. La facilité d'administration de ces échelles, qui sont généralement des inventaires d'événements, a contribué à leur développement.

Plusieurs outils d'évaluation ont été développés :

- Paykel et ses collaborateurs ont établi une échelle d'événements de vie (**Scaling Life Event**) qui évalue le stress et le dérangement provoqué par des événements de vie désirables ou non et leur incidence sur la maladie. Ils ont apporté des modifications, des substitutions et des reformulations d'items issus de l'échelle de Holmes et Rahe afin de rendre ces items plus accessibles à l'ensemble de la population. Ils ont également supprimé des items vu leur référence à des symptômes psychiatriques [96].

- Un autre inventaire d'événements de vie pour mesurer le stress est « **The Life Events Inventory** » développé par Tennant et Andrews en 1976. repose sur l'hypothèse que les deux concepts, changements de vie et stress émotionnel, sont distingués par les participants : un changement de vie causé par un événement est relativement indépendant du stress qu'il peut causer [97].

- Brown et Harris ont élaboré en 1978 un guide d'entretien la **LEDS** (Life Events and Difficulties Schedule) pour passer en revue de nombreux événements et difficultés dans 12 grands domaines de la vie. La mise au point de ce guide d'entretien pour apprécier les événements a été d'un intérêt incontestable [98].

- Le **Questionnaire d'événements**, mis au point par Amiel-Lebigre en 1984, s'inspire de la LEDS. Il comprend 52 items plus deux possibilités pour pouvoir coter d'autres évènements. L'évaluation de l'impact de l'événement au moment de sa survenue est faite rétrospectivement par le sujet, au cours d'un entretien, avec l'attribution d'une note d'impact de retentissement affectif (dans le sens de la difficulté) allant de 0 à 100 [99].

METHODOLOGIE

I. Type et durée de l'étude :

Il s'agit d'une étude épidémiologique transversale, observationnelle et analytique. Notre étude s'est déroulée entre Mai 2023 et Novembre 2023 à l'hôpital Ibn El Hassan, au sein du service de psychiatrie du CHU Hassan II de Fès. Nous avons recruté 83 patients qui consultent pour un trouble dépressif au centre diagnostique du même service.

II. Objectifs

Objectif primaire

- Déterminer les différents styles d'attachement chez les patients souffrant de dépression

Objectifs secondaires

- Comparer les styles d'attachement des patients déprimés selon les symptômes exprimés

- Comparer les styles d'attachement des patients déprimés selon la présence d'événements de vie

III. Instruments

1. Interrogatoire

Nous avons proposé un interrogatoire qui permet à la fois de recueillir des informations objectives (données sociodémographiques, antécédents...) et de considérer le patient dans sa globalité, au-delà des réponses aux questionnaires (**Annexe 1**). Notre interrogatoire prend notamment en compte la présence ou non d'idéation suicidaire et de tentatives de suicide, l'existence d'évènements traumatisants précoces et, le cas échéant, leurs caractéristiques, ainsi qu'une caractérisation des symptômes dépressifs exprimés.

2. L'échelle de Montgomery et Asberg (MADRS)

Publiée en 1979, c'est l'une des échelles d'hétéro-évaluation les plus utilisées (**Annexe 2**). Cette échelle mesure dix variables : la tristesse exprimée, la tristesse apparente, la tension intérieure, l'insomnie, la réduction de l'appétit, les difficultés de concentration, la lassitude, l'incapacité à ressentir, le pessimisme et les idées de suicide. La cotation de chaque item varie de 0 à 6. Les degrés d'intensité 0, 2, 4 et 6 sont définis. Les cotations 1, 3 et 5 correspondent à des degrés intermédiaires. Les sous-groupes couramment utilisés sont : de 0 à 6 points : patient sain, de 7 à 19 points : dépression légère, de 20 à 34 points : dépression modérée, plus de 34 points : dépression sévère [63].

Les items de la MADRS sont extraits de la CPRS (Comprehensive Psychiatric Rating Scale), qui évalue de manière globale les troubles psychiatriques. Les items de la MADRS analysent de manière prépondérante les symptômes psychiques plutôt que somatiques, c'est pourquoi nous l'utilisons en complément de l'interrogatoire qui recense d'autres symptômes dépressifs.

Interprétation

L'interprétation que nous utilisons pour notre étude est celle adoptée par la littérature :

De 0 à 6 points : patient sain

De 7 à 19 points : dépression légère

De 20 à 34 points : dépression moyenne

Plus de 34 points : dépression sévère

Nous incluons dans notre étude les patients ayant un score supérieur ou égal à 20.

Propriétés psychométriques

La MADRS a un grand pouvoir discriminatoire pour distinguer les sujets déprimés des sujets non déprimés mais aussi pour discerner les sujets déprimés des sujets guéris. 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 [63].

En ce qui concerne 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 [63].

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 l'échelle répond très favorablement aux critères de validité interne. La concordance inter-juges est également satisfaisante [63].

Ce questionnaire est considéré par la littérature scientifique comme l'outil le plus fiable avec l'échelle de Hamilton pour caractériser la dépression et observer les changements quantitatifs concernant l'intensité dépressive [100].

La version arabe que nous utilisons a été validée par Hallit et ses collaborateurs (Liban) suite à une étude réalisée en 2016–2017, cette version a également montré des propriétés psychométriques prometteuses [101].

Dans notre étude, nous prendrons en compte à la fois le score quantitatif et la catégorisation dépression modérée/sévère.

3. Relationship Scale Questionnaire (RSQ)

Le Relationship Scale Questionnaire (RSQ) (**Annexe 3**) est un questionnaire d'auto-évaluation qui s'appuie sur la théorie des modèles opérants internes de Bowlby. Élaboré par Griffin & Bartholomew (1994) à partir du Relationship Questionnaire (RQ) et du Adult Attachment Scale (AAS), il est conçu pour évaluer comment l'individu se sent dans les relations de proximité. Les items sont présentés sous forme de questions portant sur la perception des relations interpersonnelles, qu'elles soient amicales, intimes ou autres relations proches du sujet [102].

Le RSQ est constitué de 30 items, permettant une cotation selon quatre catégories prototypiques de l'attachement adulte : sécure, anxieux, évitant et désorganisé. Chaque item est coté sur une échelle de Likert par le sujet entre 1 (pas du tout comme moi) et 5 (tout à fait comme moi) [103].

Interprétations

Plusieurs auteurs ont proposé des méthodes d'analyse du RSQ. La méthode classique repose sur la catégorisation suivante :

Attachement **sécurisé** (5 items) : 3, 9 inversé, 10, 15, 28 inversé, **anxieux** (4 items) : 6 inversé, 8, 16, 25, **désorganisé** (5 items) : 2, 6, 19, 22, 26 et **évitant** (4 items) : 1, 5, 12, 24 [103].

Une autre méthode d'analyse est proposée par Guedeney et al dans l'étude de validation de la version française du RSQ. Il s'agit d'un modèle à trois facteurs correspondant aux deux dimensions d'insécurité classiques : **Évitement** (items 1, 2, 6, -10, 12, 19, 26) et **Anxiété** (items 5, 22, 24, 25, 28), en plus de la dimension **Sécurité** (items 3, 8, 9, 15 et 16), permettant de situer le sujet sur un continuum entre l'insécurité et la sécurité d'attachement [76].

La méthode que nous utilisons pour notre étude repose sur l'analyse factorielle de Kurdek qui suggère une organisation selon deux échelles continues : *Évitement relationnel* (items 10, 12, 13, 15, 20, 24, 29 et 30) et *Anxiété relationnelle* (items 11, 18, 21, 23 et 25). Cette structure théorique était celle qui correspondait le mieux aux facteurs dégagés de l'analyse factorielle [104].

De façon concrète, cette méthode d'analyse prend en compte les deux dimensions :

Évitement : items 10, 12, 13, 15, 20, 24, 29, 30. (Entre 8 et 24 = évitement ↓ ; entre 24 et 40 = évitement ↑).

Anxiété : items 11, 18, 21, 23, 25. (Entre 5 et 15 = Anxiété ↓ ; entre 15 et 25 = Anxiété ↑).

Le style d'attachement est déduit selon l'élévation de l'anxiété et l'évitement (**Figure 7**).

Propriétés psychométriques

Le RSQ présente plusieurs avantages dont le fait qu'il soit rapide à coter, son utilisation en population non clinique et le fait qu'il prend en compte toutes les relations de proximité.

Kurdek a testé les qualités psychométriques de ces 13 items sur un échantillon de 164 couples. Les dimensions « anxiété » et « évitement » présentent une validité de construit suffisante (ajustement au modèle : $\chi^2 = 1770.76$, $p < .01$, SRMR = .05, CFI=.93) et une bonne validité discriminante. Kurdek conclut que le RSQ présente des scores psychométriquement valides de styles d'attachement. De plus, la cohérence interne de ces échelles était meilleure que celle obtenue en se basant sur la méthode d'analyse classique [104].

Fiabilité du questionnaire

Le RSQ est l'une des échelles de mesure de l'attachement adulte les plus utilisées. A partir de l'analyse factorielle et de l'étude de l'homogénéité, les résultats confirment de bonnes caractéristiques psychométriques du RSQ et valident son utilisation pour évaluer les styles d'attachement adulte [76].

La version que nous utilisons en dialecte marocain a été traduite et validée transculturellement par une équipe du service de psychiatrie du CHU Hassan II de Fès.

4. Échelle de Holmes & Rahe

Il s'agit d'une échelle qui évalue les événements de vie significatifs au cours des 12 derniers mois (**Annexe 4**). Cet instrument d'auto-évaluation comporte 43 items et est basé sur une méthode de collection d'événements aboutissant à une attribution de scores de réajustement pour chacun des événements. L'attribution de ce score a été obtenue en demandant aux sujets d'évaluer une série d'événements selon le degré de réajustement nécessaire pour y faire face. Une valeur arbitraire de 50 a été proposée pour l'événement « mariage » qui sert de point de comparaison pour la cotation des autres.

L'item pondéré le plus faiblement est « violations mineures à la loi » (11), le plus fortement est « décès du conjoint » (100). Selon les auteurs, 50% des sujets ayant un score global supérieur ou égal à 150 développeront une pathologie l'année suivante [95].

La note globale obtenue donne une idée sur l'impact événementiel de la dernière année. Nous évaluons les événements de vie précoces par le biais de l'interrogatoire.

L'échelle de Holmes et Rahe permet une mesure simple liée à une présentation d'une liste d'événements potentiellement stressants. Elle facilite l'estimation des risques de développer des maladies psychiques ou psychosomatiques ultérieures et de faire directement le lien entre événement et maladie. Cependant, l'ambiguïté des items, la confusion entre événements et symptômes, événements agréables ou désagréables, la variabilité interindividuelle, la pondération des items et les qualités psychométriques sont les principales critiques relatives à cette échelle [105].

La version arabe que nous utilisons a été traduite par Yousef Jomaa (1990) en Égypte.

IV. Population de l'étude

Nous avons recruté 83 patients adultes, suivis au centre diagnostique du service de psychiatrie du CHU Hassan II, pour trouble dépressif connu ou inaugural.

Critères d'inclusion

- Patients de plus de 18 ans présentant un trouble dépressif
- Score MADRS \geq 20

Critères d'exclusion

- Patients souffrant de troubles psychotiques, troubles du comportement ou de la pensée
- Patients souffrant de schizophrénie
- Patients souffrant de trouble bipolaire type 1 ou 2

V. Analyses statistiques

La saisie des données de nos patients a été faite sur Microsoft Excel. Pour les résultats analytiques, nous avons utilisé le logiciel SPSS en performant une analyse bi-variée des différentes variables pour étudier les corrélations entre nos paramètres. Les tests statistiques dont nous nous sommes servis sont principalement les tests de Khi-carré et le test exact de Fisher.

Une valeur de $p < 0,05$ est considérée comme significative.

L'analyse des données a été réalisée en collaboration avec le laboratoire d'épidémiologie de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et de Médecine dentaire de Fès.

VI. Considérations éthiques

La collecte des données de notre étude a été faite dans le respect des règles globales d'éthique relatives au respect de la confidentialité et la protection des données propres aux malades, après un consentement libre et éclairé.

La collecte de certaines données à caractère personnel a été uniquement utilisée dans le but de compléter les informations éventuellement manquantes ou ambiguës.

RESULTATS

I. Données sociodémographiques

1. L'âge

L'âge de nos patients se situait entre 21 ans et 67 ans, avec une médiane de 35 ans, une moyenne de 35,7 ans et un écart type de 11,8 ans.

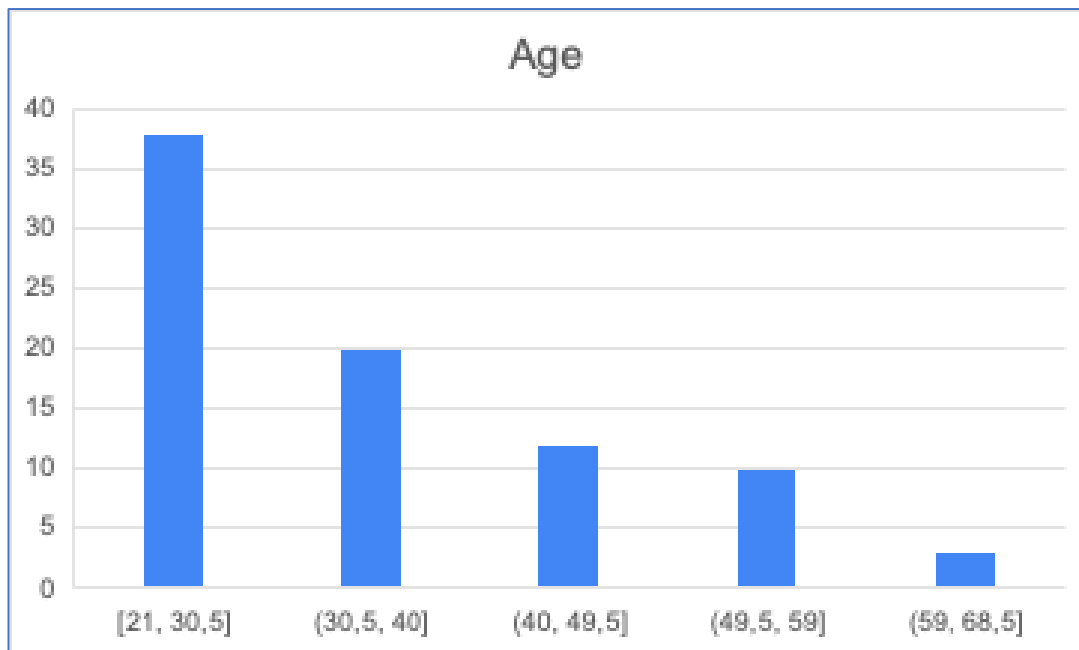


Figure 9 : Répartition de l'âge des patients

2. Le sexe

Notre série compte une nette prédominance féminine, avec 59 patientes de sexe féminin (71,1%), 24 patients de sexe masculin (28,9%) et un sex-ratio (H/F) de 0,41.

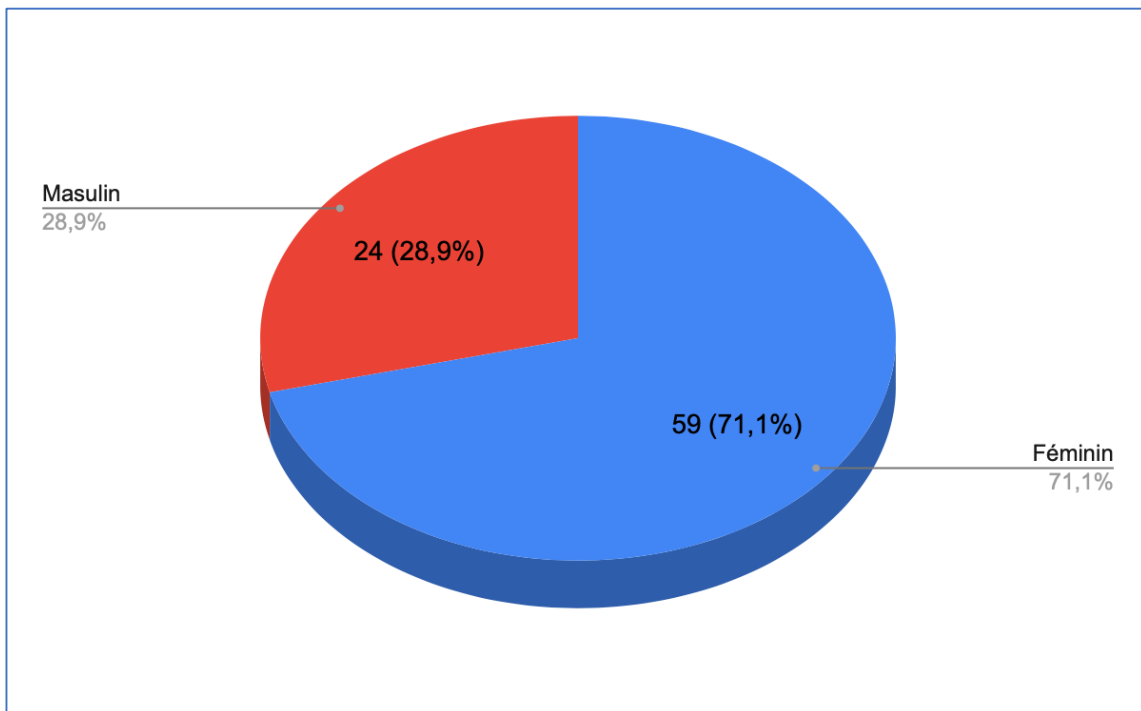


Figure 10 : Répartition des patients selon leur sexe

3. Statut matrimonial & nombre d'enfants

Concernant leur statut matrimonial, 48 patients de notre série étaient mariés (57,8%), 25 étaient célibataires (30,1%) et 10 étaient séparés (12%).

De plus, 29 patients n'avaient pas d'enfants (34,9%), 6 patients avaient un seul enfant (7,2%), 20 patients avaient 2 enfants (24,1%) et 28 patients avaient 3 enfants ou plus (33,7%).

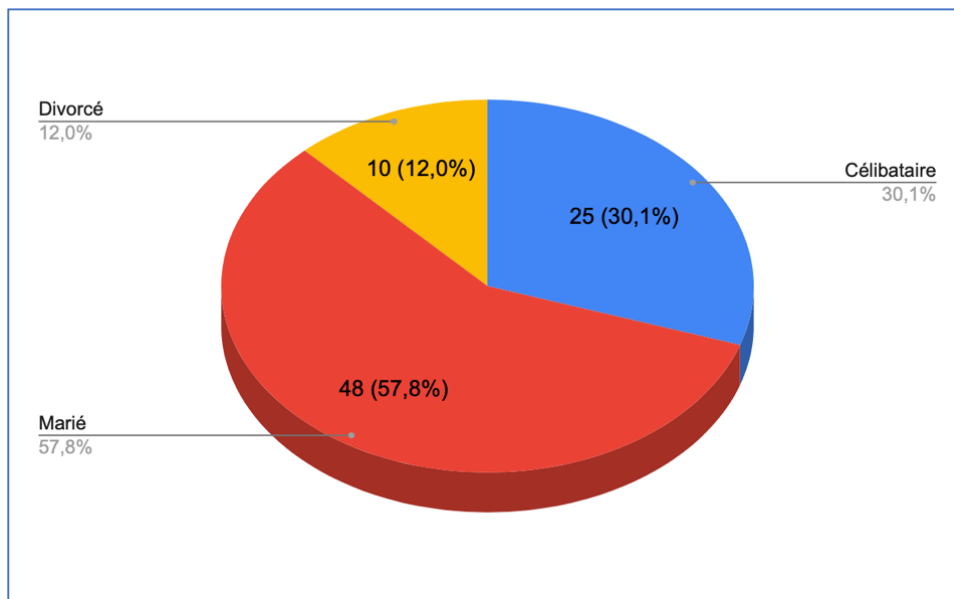


Figure 11 : Répartition des patients selon leur statut matrimonial

Tableau 1: Répartition des patients selon le nombre d'enfants

Nombre d'enfants	Nombre de patients	Pourcentages
0	29	34,9
1	6	7,2
2	20	24,1
3	14	16,9
4	4	4,8
5	5	6,0
6	3	3,6
8	2	2,4

4. Logement

65 des patients de notre série étaient logés avec leur famille (78,3%), 12 patients vivaient en colocation (14,5%), 4 patients vivaient avec leur conjoint et uniquement 2 patients étaient logés seuls.

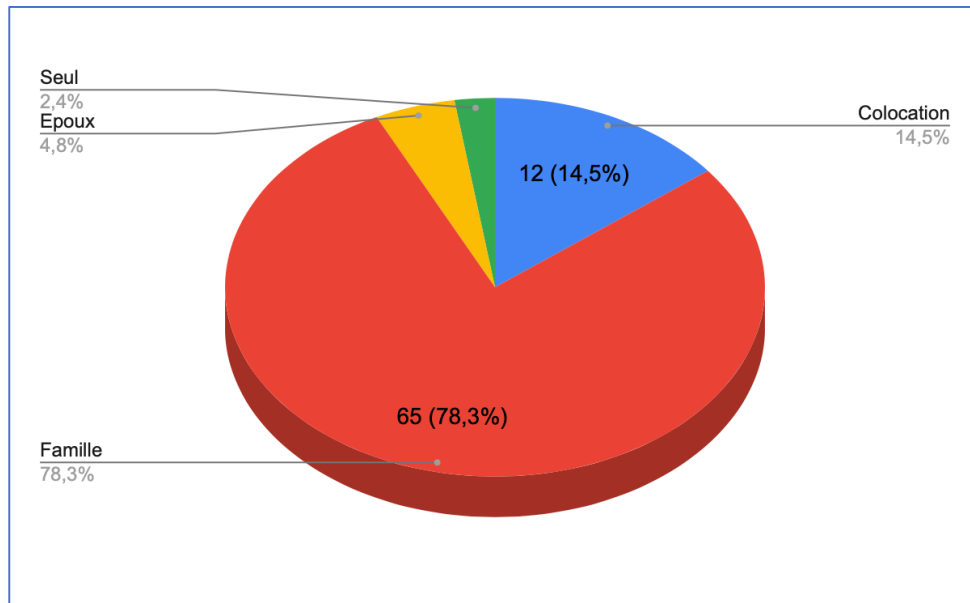


Figure 12 : Répartition des patients selon leur logement

5. Niveau scolaire & profession

31 patients dans notre série étaient analphabètes (37,3%), 18 patients avaient un niveau scolaire primaire (21,7%), 19 avaient un niveau d'études collégiales ou secondaires (22,9%) et seulement 15 patients avaient un niveau d'études universitaires (18,1%).

Concernant leur profession, 73,5% des patients de notre série avaient un emploi absent ou irrégulier, seulement 22 patients avaient une profession régulière (26,5%).

Tableau 2: Répartition des patients selon leur niveau d'études

Niveau scolaire	Nombre de patients	Pourcentages
Analphabète	31	37,3
Primaire	18	21,7
Secondaire	19	22,9
Universitaire	15	18,1
Total	83	100,0

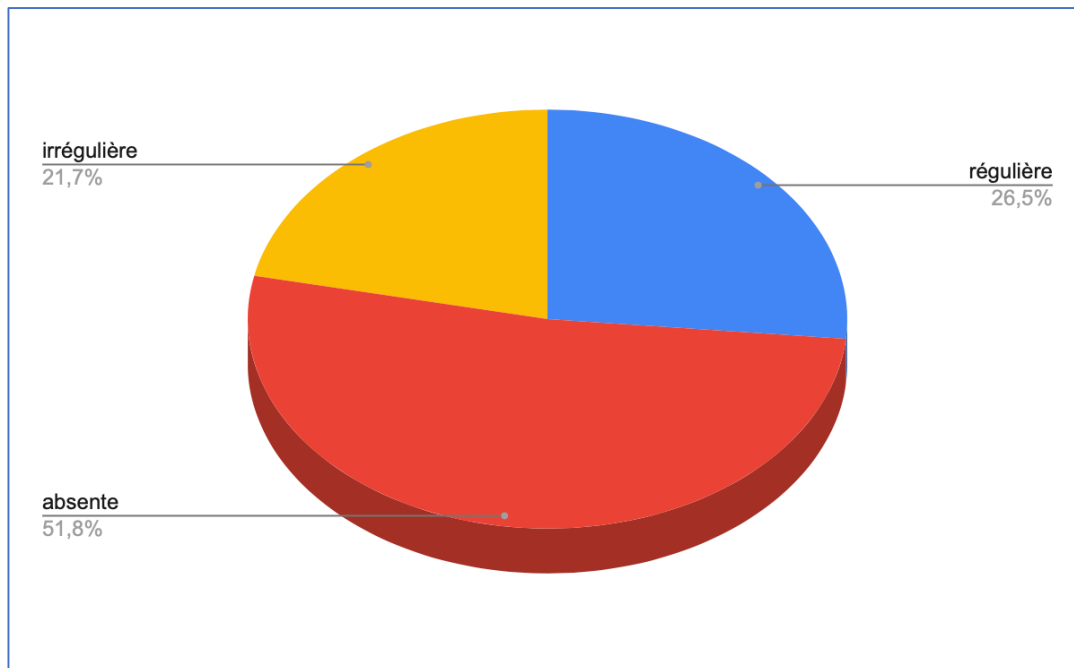


Figure 13 : Répartition des patients selon leur profession

6. Niveau socioéconomique

45 patients dans notre série avaient un faible revenu (54,2%) et 38 patients avaient un revenu moyen (45,8%).

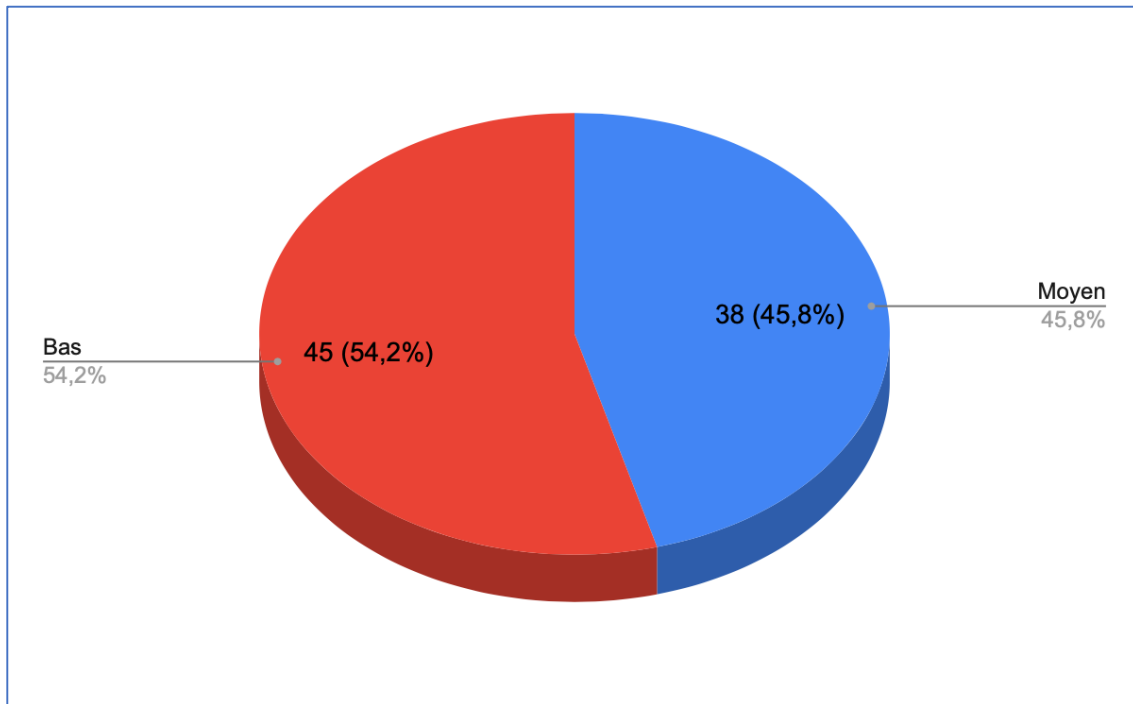


Figure 14 : Répartition des patients selon leur niveau socioéconomique

II. Antécédents

1. Antécédents médicaux et maladies somatiques chroniques

40 patients dans notre série ont déclaré avoir au moins un antécédent médical ou chirurgical (48,2%) dont 20 patients souffrant d'une maladie somatique chronique (24,1%).

2. Antécédents toxiques & juridiques

61,4% des patients de notre série ont déclaré ne pas avoir d'antécédents toxiques, alors que 22 patients consommaient des cigarettes (26,5%), et uniquement 10 patients consommaient régulièrement du cannabis ou de l'alcool (12%).

Uniquement 7 des patients de notre série ont déclaré avoir eu des antécédents juridiques (8,4%).

Tableau 3:Antécédents toxiques des patients

ATCD toxiques	Nombre de patients	Pourcentages
Absence de consommation	51	61,4
Tabac	22	26,5
Tabac, cannabis	6	7,2
Tabac, cannabis, alcool	4	4,8
Total	83	100,0

3. Antécédents psychiatriques familiaux

Chez 44 patients de notre série, soit 53%, des membres de la famille souffraient de troubles psychiatriques.

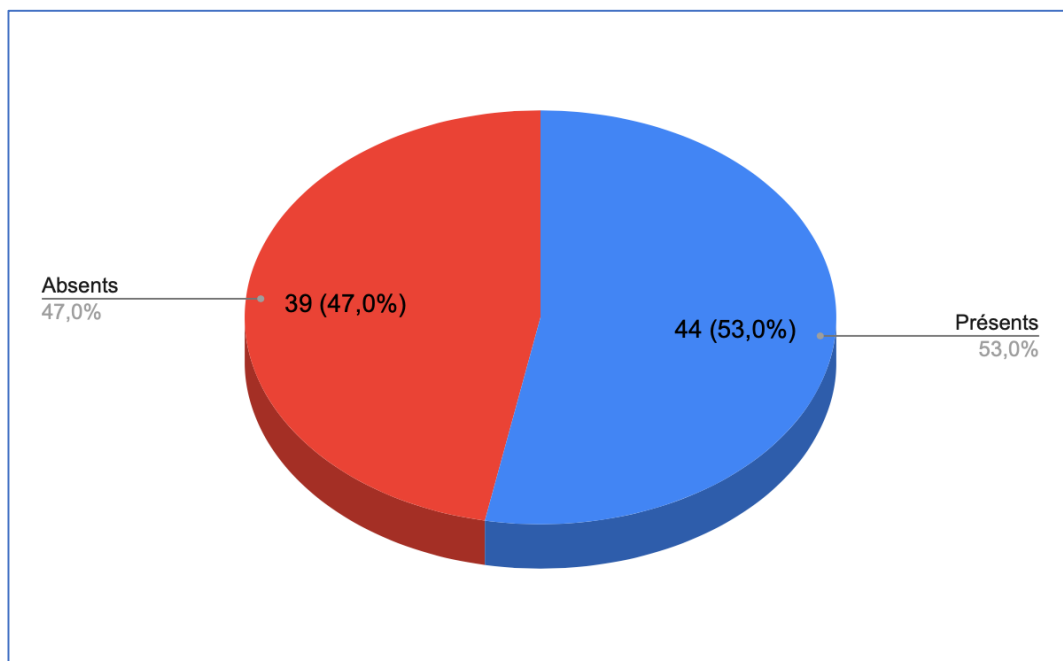


Figure 15 : ATCD psychiatriques familiaux

4. Antécédents psychiatriques personnels

En ce qui concerne les antécédents psychiatriques des patients de notre série, 55 patients avaient un antécédent d'épisode dépressif (66,3%), 20 patients avaient des antécédents de troubles dépressifs et anxieux (24,1%), 2 patients ont déclaré avoir un antécédent psychiatrique anxieux alors que seulement 6 patients n'avaient pas d'antécédents psychiatriques (7,2%).

Tableau 4:Antécédents psychiatriques des patients

ATCD psychiatriques	Nombre de patients	Pourcentages
Troubles anxieux	2	2,4
Troubles dépressifs	55	66,3
Dépressif & anxieux	20	24,1
Pas d'ATCD	6	7,2
Total	83	100,0

Quant à la date du premier épisode dépressif, 60,3% des patients de notre série ont eu leur premier épisode après 2020.

Tableau 5:Premier épisode dépressif des patients

Date du premier épisode	Nombre de patients	Pourcentages
1990	2	2,4
2008	2	2,4
2010	2	2,4
2012	2	2,4
2015	4	4,8
2016	6	7,2
2017	2	2,4
2018	11	13,3
2019	2	2,4
2020	20	24,1
2021	11	13,3
2022	11	13,3
2023	8	9,6
Total	83	100,0

5. Tentatives de suicide

78,3% des patients de notre série n'ont jamais fait de tentatives de suicide, alors que 10 patients ont fait une tentative de suicide (12%), 5 patients en ont fait deux (6%), et 3 patients ont fait 3 tentatives de suicides (3,6%).

Tableau 6: Nombre de tentatives de suicides chez les patients

Nombre de TS	Nombre de patients	Pourcentages
0	65	78,3
1	10	12,0
2	5	6,0
3	3	3,6
Total	83	100,0

6. Idéation suicidaire

L'idéation suicidaire est présente chez 38 patients (45,8%) et absente chez les 45 patients restants.

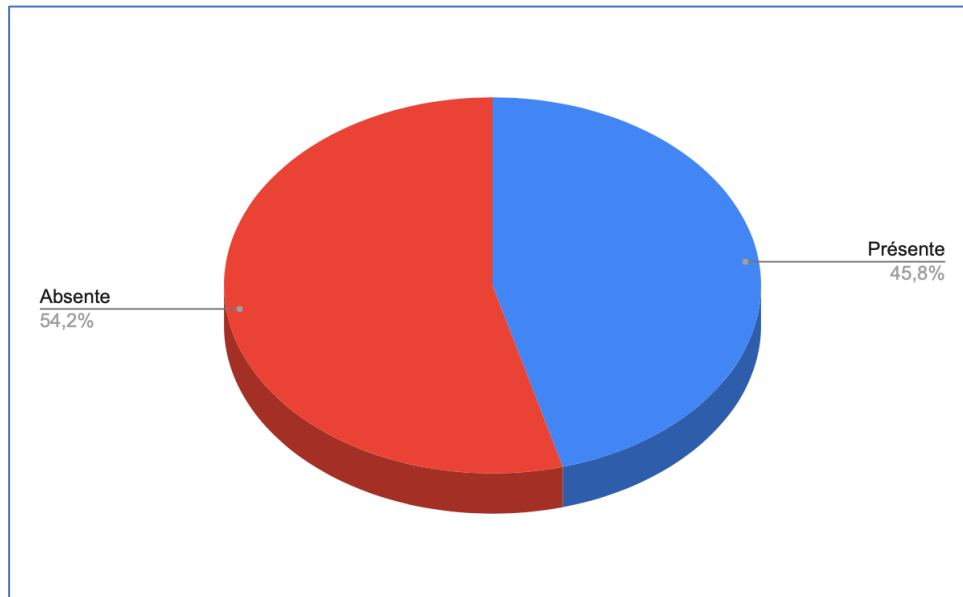


Figure 16 : Idéation suicidaire chez les patients

7. Évènements de vie traumatisants

32 des patients de notre série (38,6%) ont rapporté la présence d'évènements traumatisants. Parmi ces événements de vie, nous citons notamment les violences sexuelles, le divorce, la perte d'un proche surtout un parent, témoignage oculaire d'une mort et autres événements.

La date de survenue de ces événements variait entre 2005 et 2021.

Nous nous sommes intéressés à l'intervalle entre la date de ces événements et la date de survenue du premier épisode dépressif. L'intervalle minimal était de 0 ans et maximal de 50 ans, avec une moyenne de 5,31 années et une médiane de 2 ans.

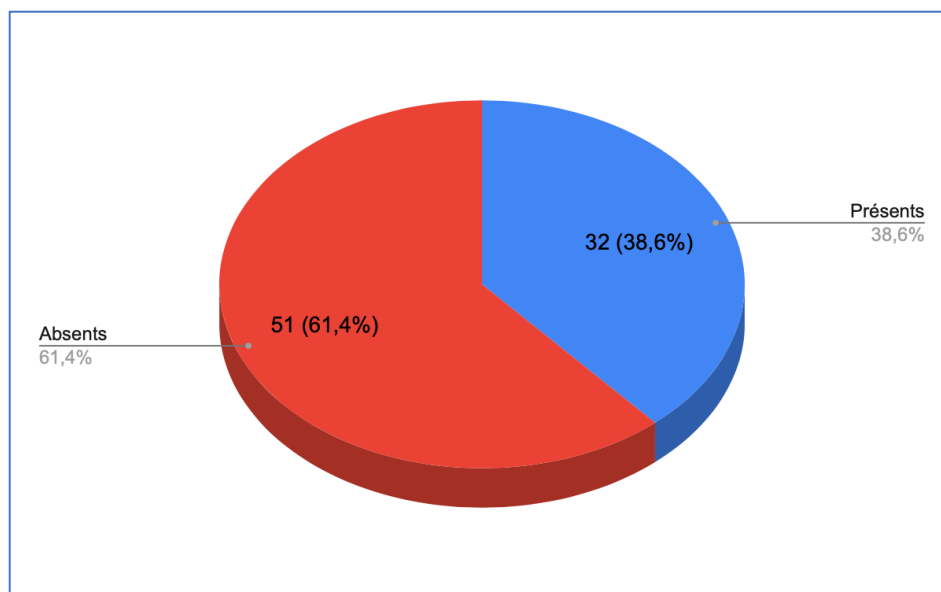


Figure 17 : Répartition des patients selon la présence d'événements traumatisants

Tableau 7:Date des événements traumatisants rapportés par les patients

Date de l'événement	Nombre de patients	Pourcentages
2005	1	3,7
2006	1	3,7
2008	1	3,7
2009	1	3,7
2010	3	11,1
2012	1	3,7
2013	1	3,7
2015	2	7,4
2016	1	3,7
2017	3	11,1
2019	4	14,8
2020	4	14,8
2021	4	14,8
Total	27	100,0

III. Données cliniques : caractérisation de la dépression

1. Symptômes dépressifs

Nous avons listé dans notre fiche d'exploitation (Annexe 1) 15 symptômes dépressifs courants, dans le but de mieux caractériser la dépression et analyser par la suite la corrélation de certains symptômes avec certains styles d'attachement :

Tableau 8: Symptomatologie dépressive chez les patients

Symptômes	Nombres de patients	Pourcentages
1. Irritabilité	58	69,9%
2. Anhédonie	68	81,9%
3. Baisse de l'estime de soi	67	80,7%
4. Sentiment de culpabilité	55	66,3%
5. Anxiété/inquiétude excessive	47	56,6%
6. Difficultés de concentration	60	72,3%
7. Pertes de mémoire	52	62,7%
8. Incapacité à prendre des décisions	56	67,5%
9. Pensées morbides	42	50,6%
10. Agitation/ralentissement des gestes du quotidien	2/58	2,4%/70%
11. Fatigue	71	85,5%
12. Insomnie	62	74,7%
13. Hypersomnie	11	13,3%
14. Perte/augmentation de l'appétit	57/3	68,7%/3,6%
15. Autres manifestations somatiques	34	41%

2. Sévérité de la dépression & Score MADRS

Nous avons inclus dans notre étude uniquement les patients avec un score MADRS supérieur ou égal à 20. Le seul patient exclu à la base de ce critère avait un score à 16. Le score MADRS moyen des patients de notre série était **31,49**, avec un score minimal à 20 et un score maximal à 48.

La dépression sévère est définie par un score MADRS > 34 . 30 parmi les patients de notre série (36,1%) présentaient une dépression sévère et les 53 restants une dépression modérée.

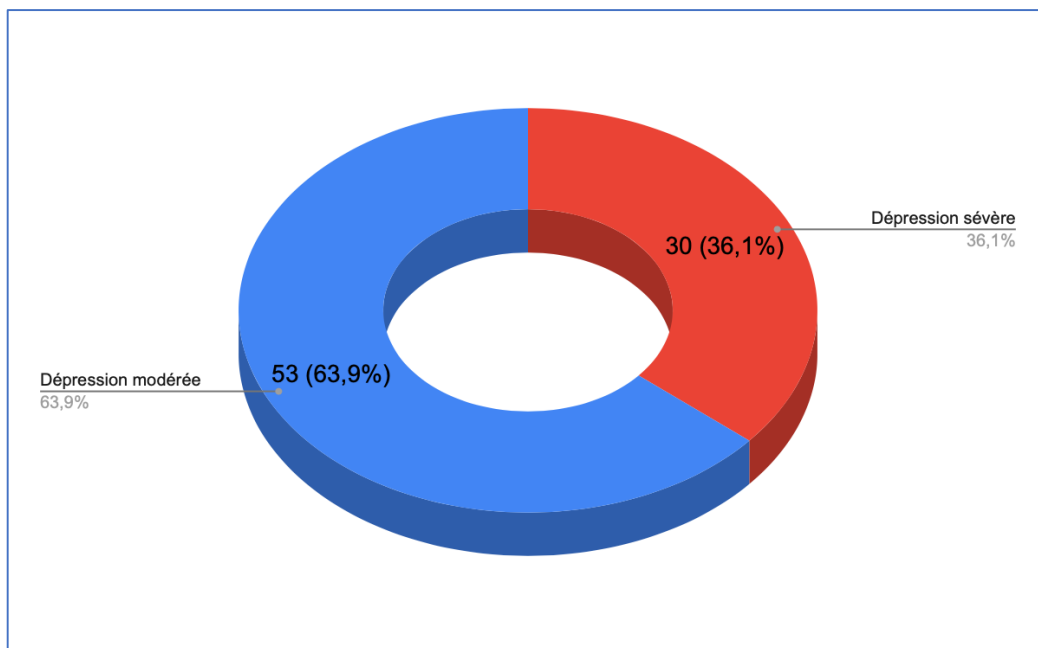


Figure 18 : Sévérité de la dépression chez les patients

3. Traitements antidépresseurs

Les traitements antidépresseurs les plus utilisés chez les patients de notre série sont les ISRS avec l'utilisation de Paroxétine, Sertraline, Escitalopram et Fluoxétine chez 72 des patients (86,7%). L'amitriptyline, qui est un antidépresseur tricyclique, est utilisé chez 9 de nos patients (10,8%). Les IRSN sont utilisés chez 2 des patients (2,4%) qui sont traités par Venlafaxine.

Tableau 9: Traitements antidépresseurs des patients

Traitement antidépresseur	Nombre de patients	Pourcentages
Amitriptyline	9	10,8
Escitalopram	16	19,3
Fluoxétine	6	7,2
Paroxétine	29	34,9
Sertraline	21	25,3
Venlafaxine	2	2,4
Total	83	100,0

IV. Styles d'attachement

Les styles d'attachement inséculs ont été retrouvés chez 78,3% des patients de notre série, contre seulement 21,7% des patients à style d'attachement sécurisé.

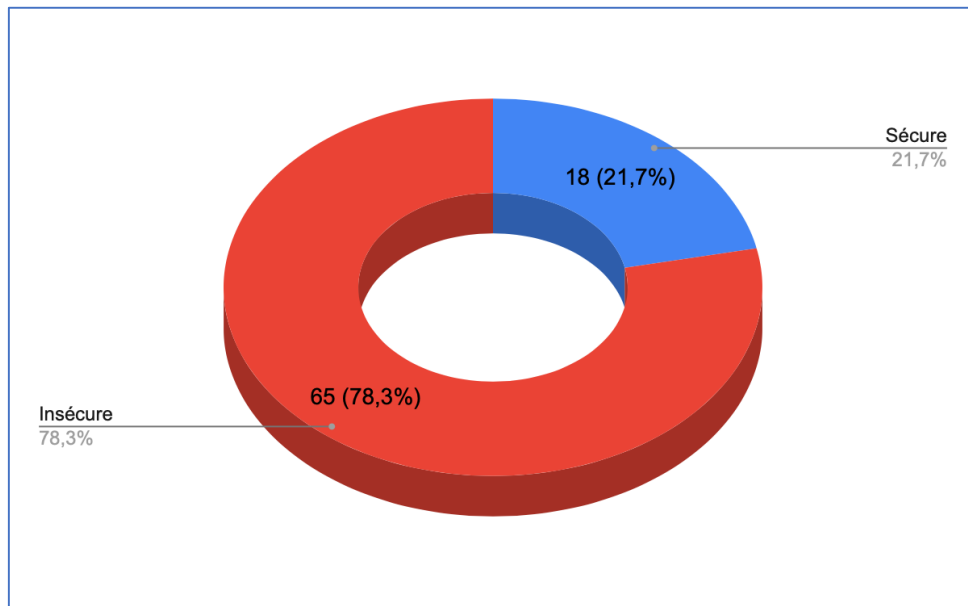


Figure 19 : Répartition des patients selon leurs styles d'attachement (1)

La répartition des styles d'attachement des patients selon les catégories définies par Bartholomew et par le RSQ a montré une légère prédominance du style **évitant**, retrouvé chez 28 patients (33,7%), le style d'attachement **anxieux** chez 24 patients (28,9%), le style **désorganisé** chez 13 patients (15,7%) et le style **sécure** chez 18 patients, soit seulement 21,7% de notre échantillon.

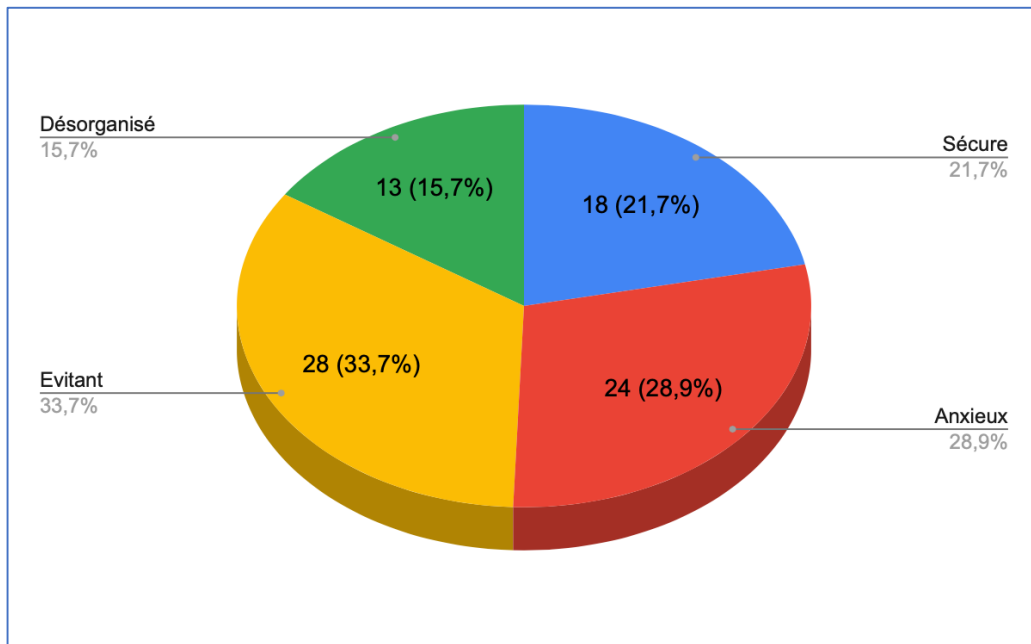


Figure 20 : Répartition des patients selon leurs styles d'attachement (2)

V. Score des événements de vie récents

La moyenne du score des événements de vie calculé sur l'échelle de Holmes & Rahe chez les patients de notre série était de 164,19, avec une valeur minimale à 82 et un score maximal de 317.

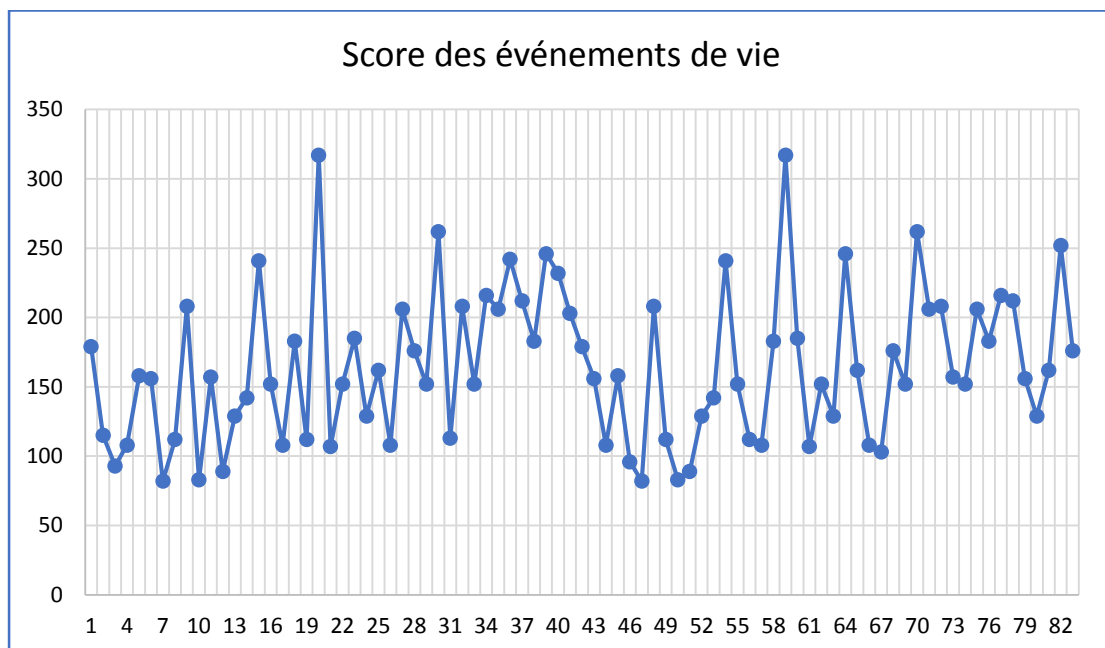


Figure 21 : Répartition des scores des événements de vie

VI. Résultats analytiques

Nous avons étudié les corrélations entre les symptômes dépressifs et les types d'attachement (sécure/insécure), puis entre l'intensité de la dépression et la sécurité de l'attachement.

En utilisant une analyse bi-variée de chacun des 15 symptômes listés avec le type d'attachement, le seul symptôme qui était positivement corrélé de façon significative à la sécurité de l'attachement chez nos patients est l'anhédonie (2^{ème} symptôme).

Par ailleurs, notre analyse n'a pas trouvé d'association significative entre le type de l'attachement, la sévérité de la dépression, les événements de vie traumatisants ou l'idéation suicidaire.

1. Anhédonie et sécurité de l'attachement

L'anhédonie est exprimée par 68 des patients de notre série (81,9%). De point de vue fréquence, c'est le deuxième symptôme le plus fréquemment retrouvé chez les patients après la fatigue (85,5%).

L'association positive retrouvée entre l'insécurité de l'attachement et la présence d'anhédonie est détaillée dans les Tableaux 10 & 11.

Tableau 10 :

Tableau croisé du symptôme 2 (anhédonie) * style d'attachement					
			SYM2		Total
			0	1	
Type d'attachement	Insécure	Effectif	15	50	65
		% dans type d'attachement	23,1%	76,9%	100,0%
		% dans SYM2	100,0%	73,5%	78,3%
		% du total	18,1%	60,2%	78,3%
	Sécure	Effectif	0	18	18
		% dans type d'attachement	0,0%	100,0%	100,0%
		% dans SYM2	0,0%	26,5%	21,7%
		% du total	0,0%	21,7%	21,7%
Total		Effectif	15	68	83
		% dans type d'attachement	18,1%	81,9%	100,0%
		% dans SYM2	100,0%	100,0%	100,0%
		% du total	18,1%	81,9%	100,0%

Tableau 11 :

Tests du khi-carré					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)	Sig. exacte (unilatérale)
khi-carré de Pearson	5,070	1	,024	,033	,017
Correction pour continuité	3,631	1	,057		
Rapport de vraisemblance	8,206	1	,004	,020	,017
Test exact de Fisher				,033	,017
N d'observations valides	83				

Nous trouvons une valeur de $p=0,033$ qui inférieure à la valeur que nous avons fixée pour la significativité de l'association ($p<0,05$).

2. Autres symptômes dépressifs et sécurité de l'attachement

Nos résultats n'ont pas trouvé de corrélation entre les autres symptômes dépressifs et la sécurité de l'attachement, les valeurs de p trouvées suite à notre analyse sont réparties comme suit :

Tableau 12 : Valeurs de p pour les corrélations entre les symptômes et le type d'attachement

Symptômes	Irritabilité	Baisse de l'estime de soi	Sentiment de culpabilité	Anxiété	Difficultés de concentration
Valeur de p	0,160	0,741	0,099	0,917	0,373

Symptômes	Perte de mémoire	Incapacité décisionnelle	Pensées morbides	Ralentissement	Fatigue	Insomnie
Valeur de p	0,879	0,223	0,098	0,247	0,282	1,00

Symptômes	Hypersomnie	Perte de l'appétit	Autres manifestations somatiques
Valeur de p	1,00	1,00	0,734

3. Intensité de la dépression et sécurité de l'attachement

Nous avons analysé la corrélation statistique entre intensité de la dépression (modérée/sévère) et le type d'attachement (sécure/insécure) comme les montrent les tableaux 13 & 14.

Tableau 13 :

Tableau croisé intensité dépression * style d'attachement					
			Type d'attachement		Total
			Insécure	Sécure	
Intensité dépression	Modérée	Effectif	39	14	53
		% dans Intensité dépression	73,6%	26,4%	100,0%
		% dans type d'attachement	60,0%	77,8%	63,9%
		% du total	47,0%	16,9%	63,9%
	Sévère	Effectif	26	4	30
		% dans intensité dépression	86,7%	13,3%	100,0%
		% dans type d'attachement	40,0%	22,2%	36,1%
		% du total	31,3%	4,8%	36,1%
Total		Effectif	65	18	83
		% dans intensité dépression	78,3%	21,7%	100,0%
		% dans type d'attachement	100,0%	100,0%	100,0%
		% du total	78,3%	21,7%	100,0%

Tableau 14 :

Tests du khi-carré					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)	Sig. exacte (unilatérale)
khi-carré de Pearson	1,930	1	,165	,182	,132
Correction pour continuité	1,237	1	,266		
Rapport de vraisemblance	2,044	1	,153	,182	,132
Test exact de Fisher				,267	,132
N d'observations valides	83				

Cette analyse n'a pas trouvé d'association significative entre la sévérité de la dépression et la sécurité d'attachement, avec $p=0,165$.

4. Intensité de la dépression et événements de vie traumatisants

Nous nous sommes également penchés sur la question du lien entre sévérité de la dépression et la fréquence des événements de vie significatifs.

Les 30 patients de notre série souffrant de dépression sévère (score MADRS) présentaient une moyenne du score des événements de vie récents à **160,2**. Cette moyenne est comparable à celle retrouvée chez l'ensemble des patients de notre série (164,2).

Quant à la présence d'autres événements traumatisants plus précoces évaluée par l'interrogatoire, elle est légèrement plus marquée chez les patients souffrant de dépression sévère, avec 40% de ces patients exprimant la présence de tels événements (Figure 22), par rapport à 38,6% de l'ensemble des patients.

L'intervalle entre la date de survenue de l'événement traumatisant et du premier épisode dépressif est plus court chez les patients classés en dépression sévère, avec une moyenne à **3 ans** (par rapport à 5 ans chez l'ensemble des patients) et une valeur minimale à 0 retrouvé chez 5 patients, soit 16,7% de ces patients.

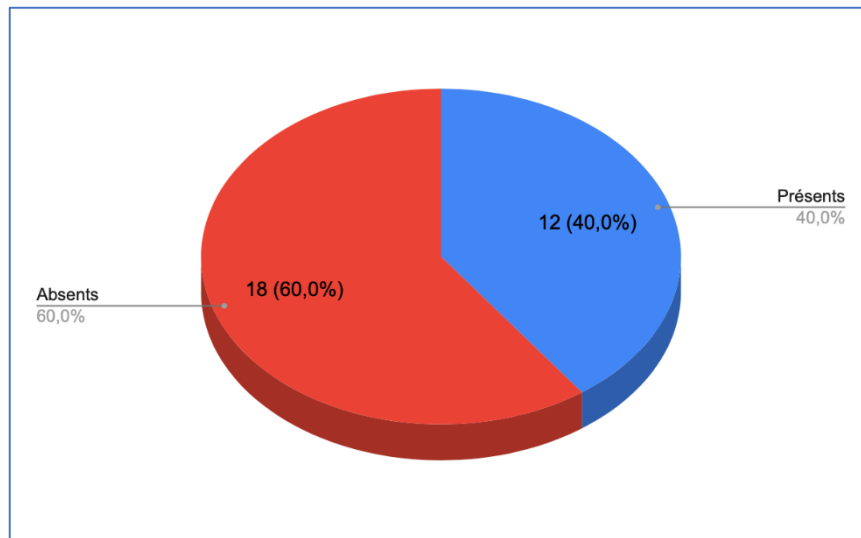


Figure 22 : Présence des événements de vie traumatisants avec les dépressions sévères

5. Type d'attachement et événements de vie traumatisants

Nous avons analysé la corrélation entre la sécurité de l'attachement et la présence d'événements de vie traumatisants, nous n'avons pas trouvé d'association significative avec $p=0,288$.

6. Type d'attachement et idéation suicidaire

Nous avons également analysé la corrélation entre la sécurité de l'attachement et l'idéation suicidaire chez les patients de notre série, nous n'avons pas trouvé d'association significative avec $p=0,507$.

DISCUSSION

Notre étude a porté sur 83 patients souffrant de dépression. Les résultats que nous avons élaborés à la suite de notre étude peuvent être organisés en trois volets : un volet relatif aux paramètres caractérisant la dépression, un deuxième relatif aux styles d'attachement chez les patients déprimés et un troisième relatif aux analyses de corrélation que nous avons effectuées.

I. Discussion des facteurs liés à la dépression

Nous allons dans ce qui suit comparer les données sociodémographiques ainsi que les antécédents des patients de notre série à ceux de la littérature.

1. Sexe

La dépression est 50 % plus courante chez la femme que chez l'homme [13]. Dans notre série, nous notons une nette prédominance féminine avec un sex-ratio (F/H) à 2,46.

Dans l'étude ESEMeD (étude européenne sur l'épidémiologie des troubles mentaux), la probabilité que les femmes présentent un trouble dépressif est environ 2 fois plus élevée que chez les hommes (OR 1,97 [1,60 – 2,42]) [107].

En France, dans l'étude de la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) réalisée en 2006, les femmes présentent, toutes choses égales par ailleurs, entre 1,5 et 2 fois plus de risques de vivre un épisode dépressif que les hommes [108].

Toujours en France, dans le baromètre santé de 2010, la prévalence de la dépression est environ deux fois plus importante chez les femmes que chez les hommes [109].

Nos résultats quant au sexe des patients sont donc cohérents avec ceux de la littérature, avec même une prédominance féminine légèrement plus élevée dans notre série.

2. Age

Le risque de vivre un épisode dépressif n'est pas le même pour les différentes tranches d'âge. Dans notre série, plus de la moitié des patients ont moins de 40 ans, de plus, l'âge des patients catégorisé par tranches est décroissant (figure 9).

Dans l'étude de la DREES, il semblerait que les 60–75 ans sont moins susceptibles de développer une dépression que les plus jeunes [108]. L'étude ESEMeD trouve une diminution de la prévalence des troubles dépressifs avec l'âge [107].

Ces résultats sont compatibles avec ceux de notre série.

3. Niveau socio-économique & professionnel

Un faible niveau socio-économique ainsi qu'un emploi irrégulier ou absent sont positivement corrélés à la dépression. Dans notre série, 37,3% des patients étaient analphabètes, 73,5% parmi eux avaient un emploi absent ou irrégulier et 54,2% avaient un faible revenu.

Aux États-Unis, les troubles dépressifs sont plus fréquents chez les personnes disposant de faibles revenus. De même, la prévalence de la dépression est plus élevée chez les personnes sans emploi, ou ayant un faible niveau d'étude [110].

En France, les études épidémiologiques ont trouvé des résultats similaires [108;111]. Ces résultats concordent avec ceux de notre série.

4. Situation familiale

Dans notre série, 42,1% patients étaient célibataires ou séparés, 34,9% n'avaient pas d'enfants.

Dans la littérature, les troubles dépressifs semblent étroitement liés à la situation conjugale et notamment au fait d'avoir vécu ou non une rupture [108].

Il apparaît également que le fait de vivre seul avec ou sans enfant, présente une association forte avec l'occurrence d'une dépression [111].

5. Antécédents personnels

La proportion d'épisodes dépressifs semble être plus importante chez les personnes ayant vécu un épisode de soins ou souffrant de maladie somatique chronique. La consommation de tabac et de cannabis est également liée à des taux plus élevés de dépression [112].

Dans notre série, 48,2% des patients ont un antécédent médical ou chirurgical et 24,1% souffrent d'une maladie somatique chronique. De plus,

26,5% de nos patients ont déclaré une intoxication tabagique. Ces résultats sont concordants avec ceux de la littérature.

6. Antécédents familiaux

Les antécédents familiaux de dépression majeure multiplient par 2 le risque de dépression chez les hommes et les femmes, lequel augmente encore davantage en fonction du nombre de membres de la famille affectés et de l'exposition avant l'âge de 30 ans [113].

Dans notre étude, nous n'avons pas spécifié ni la nature des antécédents psychiatriques familiaux ni le degré de parenté, nous avons néanmoins trouvé un taux élevé d'ATCD familiaux : 53% des patients de notre série ont déclaré avoir des membres de la famille qui souffraient de troubles psychiatriques.

II. Liens entre attachement et dépression

Le lien entre attachement et dépression est avéré dans la littérature. Ce lien constitue de nos jours le centre d'intérêt de plusieurs recherches, qui essaient de mieux caractériser l'implication de l'attachement en psychopathologie ainsi que les possibilités thérapeutiques pouvant être établies.

Bowlby (1969) décrit déjà le lien existant entre l'attachement insécuré et l'apparition de symptomatologie anxieuse et dépressive [72]. De plus, la théorie de l'attachement peut servir de modèle compréhensif dans la construction de cognitions et d'attentes interpersonnelles pouvant être sources de vulnérabilité dépressive [81].

Selon la théorie et les recherches sur l'attachement, les personnes attachées de manière précaire nourrissent de sérieux doutes quant à leur estime de soi et leur efficacité personnelle. Ils penchent vers des schémas d'explication causale désespérés et impuissants ; sont susceptibles d'être rejetés, critiqués et désapprouvés ; et souffrent d'autocritique et de perfectionnisme destructeur [117]. Ces processus cognitifs destructeurs rendent les personnes en insécurité vulnérables à la détresse, créant un contexte psychologique omniprésent qui est propice à la démoralisation et la maladie mentale [43].

En passant des cognitions aux émotions, les théoriciens de l'attachement considèrent le sentiment de sécurité de l'attachement comme une ressource interne pour gérer les émotions négatives et restaurer le calme émotionnel, et comme un facteur de résilience qui favorise des stratégies constructives et adaptatives pour faire face aux événements traumatisants et stressants de la vie. La théorie de l'attachement présente l'attachement insécurisant comme un facteur de risque d'affectivité négative, de détresse prolongée et de psychopathologie [117].

Les personnes ayant un style d'attachement **anxieux** éprouvent un flux ingérable de pensées et de sentiments négatifs qui contribuent à la désorganisation cognitive et, dans certains cas, aboutissent à une psychopathologie. En particulier, l'attachement anxieux alimente les inquiétudes chroniques liées ou non à l'attachement, les réactions dépressives aux échecs et aux pertes réels ou potentiels, et les symptômes intrusifs consécutifs à des événements traumatisants. De plus, les problèmes de régulation des émotions peuvent provoquer des accès de colère destructeurs et des comportements impulsifs [117].

L'attachement **évitant** est également une source de problèmes émotionnels et d'adaptation. Bien que les personnes évitantes maintiennent souvent une façade défensive de sécurité et de sang-froid, elles le font en bloquant les émotions normales et en laissant la détresse réprimée non résolue, ce qui peut nuire à leur capacité à faire face à des adversités inévitables. Cette déficience est particulièrement probable lors d'expériences stressantes prolongées et exigeantes qui nécessitent une confrontation active à un problème et la mobilisation de sources externes de soutien [117].

Les difficultés d'autorégulation comportementale des individus qui ont un style d'attachement insécuré exacerbent davantage leur vulnérabilité à la psychopathologie, surtout dépressive [117].

Notre résultat principal étant **l'insécurité de l'attachement chez la population déprimée**, nous rappelons que dans notre série nous avons trouvé la répartition des styles d'attachement suivante :

Tableau 15 : Répartition des styles d'attachement dans notre série

Styles d'attachement	Fréquences (N=83)
Évitant	33,7% (28)
Anxieux	28,9% (24)
Désorganisé	15,7% (13)
Sécuré	21,7% (18)

Nous choisissons comme références un certain nombre d'études qui se sont penchées sur la même question :

- L'étude de **Chahraoui et al. (France, 2006)** [118] a comparé un groupe de 35 femmes déprimées à un groupe témoin afin de mettre en évidence l'association entre insécurité de l'attachement et dépression. Les auteurs ont utilisé l'Auto-questionnaire de Perception des relations (1992), échelle qui mesure les quatre principaux styles d'attachement, sécuré, détaché (évitant), préoccupé (anxieux) et désorganisé.

Leurs résultats ont notamment montré que les sujets déprimés sont moins sécurés (14,2 % versus 68,5 %) et plus préoccupés (42,8 % versus 2,8 %) que les sujets témoins.

**Tableau 16 : Styles d'attachement chez les Patients (P) et les Témoins (T)
dans l'étude de Chahraoui**

Styles d'attachement	P(35) Fréquences	T(35) Fréquences
Sécure	14,2 %	68,5 %
Détaché	8,5 %	5,7 %
Préoccupé	42,8 %	2,8 %
Désorganisé	34,2 %	22,8 %

Les résultats de cette étude sont en accord avec les nôtres quant à la sécurité de l'attachement (14,2% par rapport 85,8%) alors que nous trouvons (21,7% par rapport à 78,3%), ce qui montre l'incrimination probable de l'insécurité de l'attachement comme facteur de vulnérabilité à la dépression (groupe témoin sécure à 68,5%).

Cependant, la répartition des quatre styles d'attachement retrouvée par Chahraoui et al. est différente de la nôtre, avec une prédominance des styles anxieux et désorganisé, alors le style évitant –prédominant dans notre série– est retrouvé uniquement chez 8,5% des patientes. Ceci peut être expliqué par la différence des deux populations, celle de Chahraoui et al. incluait des femmes hospitalisées souffrant de dépression, dont 31 étaient récurrentes et 26 hospitalisées à la suite d'une tentative de suicide. Il s'agit donc de cas graves de dépression plus susceptibles d'avoir un style d'attachement désorganisé.

- L'étude de **Murphy et al. (Australie, 1997)** [119] avait pour objet d'analyser le style d'attachement adulte comme facteur de vulnérabilité à la dépression, les auteurs ont utilisé l'Adult Attachment Scale (AAS) pour l'évaluation du style d'attachement et l'inventaire de Beck (BDI) pour l'évaluation de la dépression.

Cette étude a objectivé les résultats suivants : dans une population de 50 patients déprimés, 78% avaient un style d'attachement non sécuritaire et seulement 22% un style d'attachement sécuritaire.

Tableau 17 : Styles d'attachement chez les Patients (P) et les Témoins (T)
dans l'étude de Murphy

Styles d'attachement	P(50) Fréquences	T(102) Fréquences
Évitant	48%	6.8%
Anxieux	14%	4.9%
Désorganisé	16%	14.7%
Sécuritaire	22%	73.5%

Les résultats de cette étude prouvent également que l'insécurité de l'attachement constitue un facteur de vulnérabilité de la dépression. La répartition retrouvée de sécurité d'attachement chez la population déprimée (78% sur 22%) est extrêmement proche de la nôtre (78,3% sur 21,7%). Quant aux quatre styles d'attachement, Murphy et al. trouvent aussi une prédominance du style évitant (48%), une moindre expression du style anxieux (uniquement 14%), ce qui est en désaccord avec l'étude de Chahraoui et al. et partiellement avec la nôtre.

Cette étude s'est également intéressée à la corrélation entre sévérité de la dépression et insécurité de l'attachement. En opposition à nos résultats (pas d'association significative), les auteurs ont trouvé des corrélations pour les scores BDI sur l'échelle d'attachement évitant, anxieux et sécure. Ces corrélations confirment les associations positives des styles d'attachement évitant et anxieux avec la dépression, ainsi que l'association négative du style d'attachement sécure avec la dépression. L'absence de corrélation entre les scores sur l'échelle BDI et le style désorganisé suggère que ce style d'attachement n'est pas lié à la dépression [119].

N'ayant pas trouvé d'association statistiquement significative entre la sévérité de la dépression et l'insécurité de l'attachement dans nos résultats, une réflexion plus profonde autour de la question nous pousse à considérer les limites de notre analyse. Une de ces limites est la catégorisation en deux types de l'attachement (sécure/insécure), il n'est pas exclu que seul un style d'attachement spécifique (désorganisé, évitant ou anxieux) soit corrélé à une sévérité plus marquée du trouble dépressif. Enfin, il est également compréhensible que l'insécurité de l'attachement n'ait pas d'effet sur la sévérité de la dépression dans notre échantillon, qui peut être due à plusieurs autres composantes.

- L'étude qui s'apparente le plus à la nôtre de par son objet de recherche est celle intitulée « *Characteristics of severe life events, attachment style, and depression* » de Bifulco et al. (Angleterre, 2019) [92]. Les auteurs se sont intéressés aux liens entre les événements de vie sévères, les styles d'attachement et la dépression. Ils se sont servis du *Computerised Life Events Assessment Record* (CLEAR) qui est une échelle en ligne qui permet d'évaluer

les événements de vie récents des 12 derniers mois dans 12 secteurs différents de la vie, elle se distingue de l'échelle de Holmes par la description plus détaillée et plus exhaustive, permettant une meilleure caractérisation des événements. Le questionnaire utilisé pour la dépression est le General Health Questionnaire (GHQ-12) (1997), celui utilisé pour évaluer l'attachement est le *Vulnerable Attachment Style Questionnaire* (VASQ) (2003), qui est un questionnaire de 22 items contenant des scores pour l'insécurité de l'attachement, pour le style évitant et pour le style anxieux. Les résultats de cette étude montre qu'à la fois les événements de vie sévères et l'insécurité de l'attachement sont des facteurs de vulnérabilité de la dépression (resp. OR=6,72 et OR=4,68). Les styles d'attachement anxieux et évitant sont aussi associés à la dépression.

Risk factor	Clinical group (N = 75), n (%)	Control group (N = 127), n (%)
GHQ 12-month depression (score of 5 or more)	33 (45)	10 (8)
Severe event (higher 1-2 threat)	26 (35)	10 (8)
Severe event (lower 1-3 threat)	41 (55)	43 (34)
Non-relationship event	37 (51)	36 (28)
Relationship event	9 (12)	10 (8)
Bereavement event	10 (14)	6 (5)
Feature of event		
Loss event	22 (29)	16 (13)
Danger event	20 (27)	15 (12)
Humiliation event	20 (27)	8 (6)
Goal frustration event	13 (17)	19 (15)
Trauma event	11 (15)	2 (2)
Vulnerability		
Attachment insecurity	57 (42)	23 (29)
Anxious attachment style	55 (41)	31 (39)
Avoidant attachment style	64 (73)	21 (26)

Figure 23 : Partie des résultats de l'étude de Bifulco et al.

En accord avec nos résultats, Bifulco et al. ont trouvé des événements de vie récents chez 55% de leurs patients, sévères chez 35%, une insécurité de l'attachement dans 42% des cas, un évitement de l'attachement prédominant (73% des cas) et une anxiété de l'attachement présente chez 41% des cas. Ceci confirme encore une fois l'implication du style d'attachement et des événements récents dans la psychopathologie dépressive.

Risk factor	OR for depression	95% CI	p Value
Severe life event (lower)	3.59	1.70–7.30	<.001
Severe life event (higher)	6.72	3.00–15.00	<.001
Non-relationship event	2.99	1.49–5.98	.002
Relationship severe event	2.99	1.12–7.99	.029
Bereavement event	2.35	0.80–6.88	.119
Feature of event			
Loss severe event	3.78	1.70–8.10	<.001
Danger severe event	4.81	2.10–10.68	<.001
Humiliation severe event	6.38	2.70–15.09	<.001
Goal frustration severe event	2.95	1.28–6.74	.011
Trauma severe event	5.83	1.75–19.44	.005
Vulnerability			
Attachment insecurity	4.68	2.27–9.65	<.001
Anxious attachment style	2.59	1.24–4.99	.008
Avoidant attachment style	2.69	1.34–5.41	.004

Figure 24 : Risques relatifs de dépression selon les résultats de Bifulco et al.

Il a également été trouvé que les événements de vie sévères sont plutôt corrélés à un style d'attachement anxieux qu'évitant. En ce qui concerne l'association des événements de vie sévères à l'insécurité de l'attachement, le risque de dépression en serait encore plus accru (OR=7.37) [92].

- L'étude de **Abdul Kadir et al. (Malaisie, 2013)** [120] a partiellement utilisé les mêmes instruments que celle de Bifulco et al., en l'occurrence le *Vulnerable Attachment Style Questionnaire* (VASQ) pour évaluer les styles d'attachement chez les 1002 patientes incluses dans l'étude. Les auteurs ont également utilisé le *Vulnerability to Depression Questionnaire* (VDQ) et le

General Health Questionnaire (GHQ–30) (1978) pour évaluer la dépression. Les événements de vie ont été évalué par *The Recent Life Events Questionnaire* (RLEQ; Brugha & Cragg, 1990). Les résultats ont montré une présence marquée de l'insécurité de l'attachement et des événements de vie sévères chez les patients déprimés, tous deux augmentant le risque de dépression (resp. OR=2,47 et OR=3,63).

Variables	Cut-off	Frequencies %	Odds-ratio GHQ 5+
Demographics			
Low income	< 1000	85.9	1.08
Benefits	Yes/No	15.8	2.00
Low education	Primary/secondary	12.7	1.51
Marital status	Single/married	48.5/51.5	2.10
Children school age	0/1	65.9	1.27
Age	< 40/41 +	40.7	1.40
Vulnerability indices (VDQ)			
Negative evaluation of self (NES) (range 4 to 28)	< 13/14+	51.5	8.80
Negative elements in close relationships (NECR)	1/2	38.9	3.33
Attachment indices (VASQ)			
Total score (21 items)	56/57	93.0	2.47
A. Insecure (12 items)	29/30	79.0	1.73
B. Proximity-seeking (9 items)	26/27	83.0	1.63
Anxious style (A+high B)	0,1	52.0	1.41
Avoidant style (A+low B)	0,1	26.5	1.01
Life events (RLEQ)			
Severe life event present	0,1	83.8	3.63

Figure 25 : Partie des résultats de Abdul kadir et al.

Globalement, cette étude est en accord avec les résultats trouvés par Bifulco et al., sauf pour le style d'attachement évitant, pour lequel les auteurs n'ont pas trouvé de corrélation avec la dépression.

Tableau 18 : Comparaison des styles d'attachement dans les différentes études

Etudes	Nombre (%F)	% Anxieux	% Evitant	% Sécure	% Désorganisé
Chahraoui et al. (France, 2006)	35 (100%)	42,8 %	8,5 %	14,2 %	34,2 %
Murphy et al. (Australie, 1997)	50 (74%)	14%	48%	22%	16%
Notre série	83 (71,1%)	28,9%	33,7%	21,7%	15,7%
Bifulco et al. (Angleterre, 2019)	75 (69,3%)	41%*	73%*	Insécurité : 42%*	
Abdul Kadir et al. (Malaisie, 2013)	1002 (100%)	52%*	26,5%*	Insécurité : 79%*	

**Ces études ont utilisé une autre façon pour évaluer l'attachement (VASQ)*

Le rapport de l'attachement et des événements de vie sévères avec la dépression est riche et complexe. Alors que les événements traumatisants ont un lien causal quasi-direct avec la dépression, les styles d'attachement constituent de plus en plus un modèle explicatif de la psychopathologie des troubles dépressifs. Notre étude, cohérente avec la littérature, met en évidence l'incrimination de l'insécurité de l'attachement comme facteur de vulnérabilité à la dépression. Si la recherche est toujours en désaccord quant aux spécificités duquel des styles est plus en lien avec ce trouble, les résultats trouvés et ne cessant de s'élargir permettent de mieux comprendre l'étiopathogénie dépressive et surtout d'agir sur ces différents facteurs de vulnérabilité.

III. Anhédonie et style d'attachement

Nos résultats ont trouvé une association significative entre la présence d'anhédonie et l'insécurité de l'attachement ($p=0,033$), ceci nous donne un aperçu sur le rôle de l'attachement dans la force d'expression de la composante émotionnelle de la dépression.

On rappelle que la dépression est associée à une réactivité émoussée aux stimuli à valence positive mais aussi ceux à valence négative. Des auteurs postulent que le déclin de réponses hédoniques chez les patients souffrant de dépression est expliqué par un émoussement affectif généralisé plutôt qu'à un déficit spécifique dans l'expérience subjective du plaisir [106]. Cet émoussement affectif ne peut qu'être fortement impliqué dans les expériences d'attachement de proximité des patients déprimés. De plus, un lien dans le sens causal réciproque n'est pas exclu, l'insécurité de l'attachement peut être

incriminée dans la constitution de l'émoussement affectif caractéristique de la dépression. Ceci explique l'association que nous avons trouvée entre la présence d'anhédonie et l'insécurité de l'attachement.

IV. Liens entre événements de vie et dépression

La littérature a mis en évidence que les événements de vie significatifs peuvent avoir une influence sur la dépression. Les événements de vie précoces sont désignés comme des facteurs de vulnérabilité, prédisposant à la survenue du trouble, et les événements récents sont considérés être des événements déclenchants [90;98].

Plusieurs auteurs se sont intéressés à cette question, retrouvant que les événements de vie les plus fréquemment associés sont la dépression des parents, la mort de l'un d'entre eux, la maltraitance, les mauvaises relations au sein du couple parental [114-116].

De plus, l'association entre l'exposition à événements stressants de la vie et l'apparition ultérieure d'épisodes de dépression est constamment documentée. Cependant, l'ampleur de cette association varie d'une étude à l'autre en fonction de la manière dont les événements de la vie sont mesurés, les associations étant généralement plus fortes lorsque des mesures « contextuelles » sont utilisées plutôt que de simples listes des événements de la vie [115]. Brown et Harris (1978) sont parmi les premiers auteurs qui ont pu montrer la valeur étiologique directe des événements de vie précoces et récents [98].

Toutes ces études ont montré des résultats concordant avec les nôtres, ce qui confirme davantage que les événements de vie significatifs sont plus fréquents chez la population déprimée. En effet, nous avons trouvé une

moyenne du score des événements de vie récents calculé sur l'échelle de Holmes & Rahe chez de **164,19**, en plus de la présence d'événements traumatisants précoces chez **38,6%** des patients de notre série.

La deuxième question qui se pose est celle de l'association entre les événements de vie et la sévérité de la dépression.

Brown et Harris postulent que le fait que les agents provoquants (événements récents) jouent le même rôle pour les cas d'apparition de la dépression dans la population générale et pour les cas hospitaliers les plus graves suggère qu'ils n'influencent pas directement la gravité de la dépression [98]. Ceci est en accord avec nos résultats qui n'ont pas montré d'association entre le score des événements de vie et la sévérité de la dépression.

Néanmoins, ces auteurs ont également montré que les facteurs de vulnérabilité (événements précoces) jouent un rôle en présence d'un agent provoquant pour déterminer si un patient développe un cas sévère ou un cas limite et on pourrait ici dire que les facteurs de vulnérabilité jouent, dans un certain sens, un rôle dans la détermination de la gravité [98]. Nous n'avons pas retrouvé cette association dans nos résultats, ceci peut être dû aux limites relatives à notre étude ou à une sous déclaration des événements traumatisants précoces par nos patients.

V. Limites de l'étude

Notre étude a présenté certaines limites, nous citons notamment la taille de notre échantillon qui reste relativement petite par rapport aux questions soulevées, mais qui nous a permis de mieux détailler les informations des patients de notre série.

Les limites méthodologiques de notre étude concernent principalement la version de l'échelle MADRS que nous avons utilisée, qui a été traduite et validée transculturellement au Liban (2017), vu que nous n'avons pas trouvé de version en dialecte marocain valide.

Une autre limite est l'absence d'un groupe témoin de patients sains qui aurait permis de mieux comparer et analyser l'incrimination de l'insécurité de l'attachement dans la survenue de dépression. Néanmoins, le fait que nous ayons opté pour une étude transversale nous a permis de nous concentrer davantage sur les personnes déprimées et d'élargir l'échantillon de l'étude.

Finalement, d'autres limites relatives à notre analyse sont la non-exhaustivité des corrélations que nous avons étudiées, ainsi que la catégorisation en deux types de l'attachement (sécure/insécure) dans cette partie, ce qui nous n'a pas permis de trancher quant au style spécifique (évitant ou anxieux) le plus associé aux troubles dépressifs, question d'ailleurs toujours ouverte dans la littérature.

RECOMMANDATIONS

Intervenir sur le style d'attachement

La recherche qui s'intéresse aux liens entre l'attachement et la santé mentale a des implications importantes pour la psychothérapie et pour la mise en place d'interventions thérapeutiques particulières. En effet, toute intervention qui réussit à modifier une composante du réseau de médiateurs peut à son tour affecter d'autres composantes et, à terme, conduire à un changement dans l'ensemble du réseau et, par conséquent, dans la santé mentale de l'individu. Ce raisonnement implique, par exemple, qu'une intervention cognitive visant à modifier les croyances dysfonctionnelles à l'égard de soi ou une intervention interpersonnelle visant à modifier les modèles de relation inadaptés peuvent produire des résultats thérapeutiques similaires. Tout comme les changements dans les croyances sur soi peuvent modifier la régulation des émotions et les échanges interpersonnels, l'amélioration des modes de relation avec les autres peut avoir des effets bénéfiques sur les représentations mentales de soi [117].

Intervenir sur un style d'attachement non sécure peut avoir une valeur à la fois préventive et thérapeutique quant au développement de psychopathologie, surtout de la dépression, vu le lien important et certainement réciproque entre ces deux types de troubles. Il existe aujourd'hui plusieurs interventions soutenues empiriquement visant à réguler le style d'attachement chez des patients de tous les âges.

Le mode d'action de ces interventions repose sur la **fonction réflexive** qui correspond à la capacité que possède l'individu de comprendre de façon signifiante et juste son comportement ainsi que celui des autres, de « faire sens de » et de « ressentir le vécu affectif » de soi et de l'autre, en tenant

compte de l'état mental spécifique à chacun. Cette fonction permettrait le développement du soi, la régulation des affects ainsi que l'établissement de relations interpersonnelles de confiance et satisfaisantes.

En ce qui concerne **les enfants de bas âge**, plusieurs interventions sont utilisées par les praticiens, certaines ciblent uniquement les mères, d'autres s'adressent aux deux parents et à l'enfant :

- « **Watch, wait and wonder** » (Cohen et al., 1999) : c'est une intervention clinique individuelle d'une heure une fois par semaine pour une durée d'environ 5 mois qui permet d'impliquer les mères dans l'observation de leur propre enfant. Elle vise à accroître la sensibilité et l'empathie de la mère vis-à-vis de son bébé, lui permettant par la suite de mieux répondre à ses besoins. Chacune des rencontres se divise en deux parties :

Premier temps : la mère est au sol avec son enfant et observe son bébé. Elle interagit avec ce dernier seulement à la demande de celui-ci. Le thérapeute, sans interférer, observe la dyade mère-enfant.

Deuxième temps : il consiste en une **discussion réflexive** entre la mère et le thérapeute, sur les observations faites par la mère, aussi sur ses pensées, et les sentiments qu'elle a éprouvés en observant l'activité de son bébé [79].

- « **Circle of Security Project** » (Marvin et al., 2002) : il s'agit d'un programme d'intervention de 20 rencontres qui se déroulent généralement en petit groupe de 5 à 6 parents et qui sont enregistrées. Le visionnement permet l'augmentation de la capacité d'observation, de la sensibilité maternelle, de la fonction réflexive, de la capacité de régulation des émotions et ultimement, un changement du style d'attachement au sein des dyades. Il aide également

les parents à comprendre que leurs propres blessures (modèles opérants internes) peuvent les amener à mal interpréter les besoins de leur enfant [121].

- « **Attachment and Biobehavioral Catch-up** » (**ABC**) (Dozier et al., 2002; Dozier et al., 2006) : il s'agit d'une intervention clinique structurée individuelle de 10 rencontres de 60 minutes qui sont conduites au domicile des parents d'accueil. Conçue pour des enfants qui sont âgés entre 12 et 24 mois, elle vise à aider les parents à mieux interpréter les signaux comportementaux des enfants placés, à amener les familles à donner les soins avec chaleur et à aider les parents à offrir aux enfants un milieu humain prévisible afin que les enfants développent de meilleures capacités de régulation des affects. L'enfant placé est présent pour une partie de la rencontre puis gardé par une personne familière pour l'autre partie. La présence de l'enfant permet de mettre en pratique les habilités enseignées lors de la rencontre puis son absence offre au parent un meilleur temps de réflexion et d'intégration personnelle. Aussi, l'utilisation de la bande vidéo facilite la réflexion parentale tant sur ses propres compétences et sur ses difficultés en tant que donneur de soins [122;123].

Pour les enfants plus âgés et les **adolescents**, les interventions les plus utilisées sont : « *Attachment-Based Family Therapy* » (ABFT) et « *Emotionally Focused Family Therapy* » (EFFT) :

- « **Attachment-Based Family Therapy** » (ABFT; Diamond, et al., 2002) et « **Emotionally Focused Family Therapy** » (EFFT; Johnson, et al., 1998) : Ce sont des approches qui ont pour but de renforcer ou de réparer les liens d'attachement entre les membres d'une famille, ce qui permettra entre autres aux enfants/adolescents de développer des façons plus efficaces de gérer les différents événements stressants de la vie. Ce qui distinguent ces approches

est l'emphase mis sur l'expérimentation et la communication des divers états émotifs de chacun des membres de la famille. Le ABFT comprend 12 rencontres variant entre 60 et 90 minutes alors que le EFFT se déroule sur 10 à 15 rencontres. La différence principale entre ces deux approches tiendrait au fait que le ABFT comprend plus de travail didactique et d'enseignement alors que le EFFT se veut principalement expérientiel [124;125].

Chez les **couples**, on utilise surtout la « *Emotionally Focused Therapy* » (EFT) :

- **“Emotionally Focused Therapy”** (EFT) (Johnson et al., 1999) : Similaire à l'Emotionally Focused Family Therapy (EFFT), puisqu'elles partagent les mêmes fondements théoriques et buts cliniques, l'EFT pour les couples est un traitement systémique et expérientiel qui vise à instaurer un lien d'attachement sécurisé au sein du couple. La désescalade, la restructuration interactionnelle ainsi que la consolidation/intégration constituent les trois étapes du traitement. Les cliniciens qui appliquent ce modèle conçoivent les problèmes maritiaux comme découlant de cycles rigides d'interactions qui émergent lorsque les besoins d'intimité d'un ou des deux partenaires sont non satisfaits. La difficulté du couple à gérer la peur et le désir d'intimité non comblé que suscitent leur relation contribue à maintenir ces cycles non satisfaisants, entraînant les partenaires à vivre de la colère et de l'hostilité ou bien à se “refroidir” et à se retirer de la relation (anxiété/évitement de l'attachement) [126;127].

Pour l'adulte, les praticiens peuvent avoir recours à « *Mentalization-Based Treatment* » (MBT), « *Transference-Focused Psychotherapy* » (TFP) et la *psychothérapie interpersonnelle* :

- **“Mentalization-Based Treatment”** (MBT) (Bateman & Fonagy, 2008) et **“Transference-Focused Psychotherapy”** (TFP) (Clarkin et al., 2007) : Il s'agit de traitements spécifiques pour traiter les troubles de la personnalité qui conçoivent ce trouble comme étant tributaire d'une relation d'attachement anxiogène avec les premiers donneurs de soins qui viendrait exacerber une prédisposition génétique au trouble de la personnalité. Le MBT est un traitement (individuel et de groupe) qui s'étend sur une durée de 18 mois et vise à redonner à la personne la faculté de comprendre ses propres sentiments et comportements de même que ceux d'autrui. Ainsi, le traitement se centre presque exclusivement sur les pensées, émotions, désirs, croyances en aidant le patient à verbaliser ce qu'il pense et ressent moment par moment, tout en gardant un intérêt particulier pour la relation thérapeutique. Le TFP, quant à lui, se centrerait davantage sur les réactions de transfert au sein de la relation thérapeutique. En ce sens, le TFP serait davantage un processus relationnel [128;129].

- **“Interpersonal Psychotherapy”** (IPT) (Stuart, 2008) et **“Time-limited Dynamic Psychotherapy”** (TLDP) (Strupp & Binder, 1984) : Ce sont des approches qui se centrent sur les relations que le patient entretient à l'extérieur de la thérapie et visent à ce qu'il développe des habiletés interpersonnelles qui lui permettront de faciliter la formation de liens d'attachement sécurisés avec les personnes qui lui sont chères. L'IPT est une intervention brève (12 à 16 rencontres) qui utilise comme outils la clarification

des sentiments et du rôle joué dans les relations et la résolution de conflits à travers des mises en situation. Ce qui distingue le IPT de la TLDP est l'emphase mis sur la relation patient-thérapeute. Ainsi, le TLDP cherche à mettre à jour et à mieux comprendre les modèles relationnels qui se déroulent lors de la thérapie pour ensuite les lier à ce qui se passe à l'extérieur des rencontres [130;131].

Alors que seules les interventions de EFT pour couple et la psychothérapie interpersonnelle (IPT) bénéficient d'un support empirique solide, la recherche clinique autour de l'implication de l'attachement en psychopathologie ne cesse de s'enrichir. Tous les auteurs soulignent l'importance de sécuriser le style d'attachement comme pivot de changement. Ces différentes approches apportent une aide considérable aux patients afin qu'ils puissent reconnaître leur style d'attachement et leurs modèles opérants internes, ce qui augmente non seulement l'empathie portée aux autres mais aussi la qualité des liens d'attachement, les protégeant de développer une psychopathologie comme les troubles dépressifs.

CONCLUSION

La dépression est un trouble psychiatrique extrêmement fréquent en population générale. En dépit d'une recherche clinique élargie, l'étiopathogénie de ce trouble n'est pas entièrement élucidée à ce jour.

La recherche sur l'attachement, relativement nouvelle, a apporté des perspectives intéressantes de la compréhension de certains troubles psychiatriques : troubles de la personnalité, troubles de l'humeur, troubles anxieux, schizophrénie, dépendances, troubles du comportement alimentaire et trouble de stress post-traumatique (PTSD). L'apport de la théorie de l'attachement est extrêmement riche en ce qui concerne les troubles dépressifs, notre étude rejoint plusieurs autres qui montrent l'incrimination de l'insécurité de l'attachement comme facteur de vulnérabilité de la dépression.

La recherche sur les événements de vie et leur lien de causalité avec les troubles dépressifs constitue également un intérêt grandissant. Vu les différents liens entre les trois entités que sont la dépression, l'attachement et les événements de vie, des études s'intéressant aux mêmes questions que la nôtre pourraient apporter des réponses nouvelles et explicatives des fondements de la psychopathologie dépressive.

Outre une meilleure étude des applications préventives et thérapeutiques de l'attachement et des événements de vie, les questions à attaquer seraient notamment une étude plus approfondie des liens d'attachement depuis le jeune âge, des styles spécifiques incriminés dans l'apparition de certains symptômes dépressifs et de l'implication dans les événements de vie dans la sécurité de l'attachement.

RESUMES

RESUME

Les troubles dépressifs représentent le premier facteur de morbidité, d'incapacité et d'invalidité sur le plan mondial. Ils sont dus à des interactions complexes entre des facteurs sociaux, psychologiques et biologiques. Parmi ces facteurs, les événements de vie significatifs ainsi que l'attachement adulte jouent un rôle central, mais non entièrement élucidé, dans l'apparition de psychopathologie dépressive.

Dans ce contexte, notre étude s'est posée comme objectif l'analyse des différents liens entre les styles d'attachement adulte, les événements de vie significatifs et la dépression. Nous avons recruté 83 patients suivis au service de psychiatrie du CHU Hassan II de Fès. Nous nous sommes servis, en plus de l'interrogatoire, de trois échelles et questionnaires : l'échelle de Montgomery et Asberg (MADRS) pour la dépression, le Relationship Questionnaire Scale (RSQ) pour l'attachement de proximité et l'échelle de Holmes et Rahe pour les événements de vie récents.

Nos résultats ont montré une prédominance des styles d'attachement insécures (78,3%) chez la population déprimée, notamment les styles évitant et anxieux. Nous avons également trouvé une association entre l'anhédonie et l'insécurité de l'attachement, ainsi qu'une fréquence élevée des événements de vie, qu'ils soient précoces ou récents, chez les patients déprimés.

La littérature scientifique s'est intéressée au lien entre attachement et dépression. Plusieurs études ont trouvé des résultats semblables, montrant que les styles d'attachement non sécures, comme les événements de vie sévères, constituent un facteur de vulnérabilité dans la psychopathologie dépressive.

La mise en place d'interventions visant à sécuriser l'attachement, ou encore à gérer les événements de vie, aurait alors une valeur préventive dans la dépression.

Mots-clés : Dépression, attachement, événements de vie, Relationship Scale Questionnaire (RSQ)

ABSTRACT

Depressive disorders represent the leading cause of morbidity, disability and invalidity worldwide. They are due to complex interactions between social, psychological and biological factors. Among these factors, significant life events as well as adult attachment play a central, but not entirely elucidated, role in the appearance of depressive psychopathology.

In this context, our study aimed to analyze the different links between adult attachment styles, significant life events and depression. We recruited 83 patients from the psychiatry department of the Hassan II University Hospital in Fez. In addition to the interview, we used three scales and questionnaires: the Montgomery and Asberg scale (MADRS) for depression, the Relationship Questionnaire Scale (RSQ) for close attachment and the Holmes and Rahe scale for recent life events.

Our results showed a predominance of insecure attachment styles (78.3%) in the depressed population, notably avoidant and anxious styles. We also found an association between anhedonia and attachment insecurity, as well as a high frequency of life events, whether early or recent, in depressed patients.

The scientific literature has researched the link between attachment and depression. Several studies have found similar results, showing that insecure attachment styles, as well as severe life events, constitute vulnerability factors in depressive psychopathology.

Implementing interventions aimed at securing attachment, or managing life events, would have an important preventive value in depression.

Key words: Depression, attachment, life events, Relationship Scale Questionnaire (RSQ)

ملخص

تمثل الاضطرابات الاكتئابية السبب الرئيسي للعجز في العالم. الاكتئاب ناتج عن تفاعلات معقدة بين عوامل اجتماعية ونفسية وبيولوجية. من بين هذه العوامل، تلعب أحداث الحياة بالإضافة إلى نوع الارتباط دوراً مركزياً، ولكن ليس واضحاً تماماً، في ظهور الاضطرابات النفسية الاكتئابية.

وفي هذا السياق، هدفت دراستنا إلى تحليل الروابط المختلفة بين أنماط التعلق لدى البالغين، وأحداث الحياة المهمة، والاكتئاب. قمنا باستجواب 83 مريضاً تمت متابعتهم في قسم الطب النفسي بالمستشفى الجامعي الحسن الثاني بفاس. بالإضافة إلى المقابلة، استخدمنا ثلاثة مقاييس واستبيانات: مقياس مونتغمري وأسبيرج (MADRS) للاكتئاب، ومقياس استبيان العلاقات (RSQ) للارتباط الوثيق، ومقياس هولمز وراهي لأحداث الحياة.

أظهرت نتائجنا هيمنة أنماط الارتباط غير الآمن (78.3%) بين المرضى المصابين بالاكتئاب، ولا سيما أنماط التعلق المتجنب والقلق. لقد وجدنا أيضاً ارتباطاً بين انعدام التلذذ وانعدام أمان التعلق، بالإضافة إلى ارتفاع وتيرة أحداث الحياة، سواء كانت مبكرة أو حديثة، لدى مرضى الاكتئاب.

ركزت الأبحاث العلمية على العلاقة بين التعلق والاكتئاب. وقد وجدت العديد من الدراسات نتائج مماثلة، تبين أن أنماط الارتباط غير الآمن، مثل أحداث الحياة القاسية، تشكل عامل ضعف في مرض الاكتئاب. ومن ثم فإن تنفيذ التدخلات الرامية إلى تأمين الارتباط، وحتى تدبير أحداث الحياة، من شأنه أن يكون له قيمة وقائية في علاج الاكتئاب.

الكلمات المفتاحية : اكتئاب، ارتباط، أحداث الحياة، استبيان عن مقياس العلاقات

ANNEXES

Annexe 1: Fiche d'exploitation

Identité

Nom & Prénom :

Sexe : H F **Age :**

Date de consultation :

Téléphone :

Statut matrimonial : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Nombre d'enfants :

Logement : Seul Époux(se) Famille Colocation Sans abri

Niveau scolaire : Analphabète Primaire Secondaire Universitaire

Profession : Régulière Irrégulière Absente

Laquelle :

Niveau socioéconomique : Bas Moyen Élevé

Antécédents personnels

Médicaux :

Maladie somatique chronique : Oui Non

Si oui :

Psychiatriques : Oui Non

Si oui précisez : Bipolaire Dépressif Anxieux Psychotique Autre :

Antécédents de dépression :

Premier épisode :

Nombre d'épisodes et durée :

Idéations suicidaires :

Tentatives de suicides :

Traitement psychiatrique actuel : Oui Non

Si oui :

Toxiques : Oui Non

Si oui :

Juridiques : Oui Non

Cause et durée de l'incarcération :

Événements traumatisants : Oui Non

Nature de l'événement :

Age de survenue :

Intervalle entre l'événement et l'épisode dépressif :

Antécédents psychiatriques familiaux

Histoire de la Maladie

Mode de début

Durée d'évolution

Symptômes présents

1. Irritabilité
2. Anhédonie
3. Baisse de l'estime de soi
4. Sentiment de culpabilité
5. Anxiété/inquiétude excessive

6. Difficultés de concentration
7. Pertes de mémoire
8. Incapacité à prendre des décisions
9. Pensées morbides
10. Agitation/ralentissement des gestes du quotidien
11. Fatigue
12. Insomnie
13. Hypersomnie
14. Perte/augmentation de l'appétit
15. Autres manifestations somatiques :

Entretien psychiatrique à l'admission

Annexe 2 : Échelle MADRS

Évaluation de la dépression MADRS

سَلْم الإكتئاب لمونتغومري وآسبرغ

يجب أن يعتمد التقييم على المقابلة العيادية المؤلفة من أسئلة تتراوح بين أسئلة عامة حول الأعراض وأخرى أكثر دقة تسمح بتحقيق تقييم دقيق وصحيح بخصوص حدة الإضطراب، وعلى المعالج معرفة ما إذا كانت تكمن في إحدى النقاط المحددة على السلم (صفر، ٢، ٤) أو أنها تتواجد في نقطة وسطية (١، ٣، ٥). نادراً ما يصعب القيام بتقييم صحيح لعلامات مريض يعاني من الإكتئاب بناءً على بنود السلم، إذا إستحال الحصول على إجابات دقيقة من قبل المريض، يمكن إستخدام كافة المعطيات المستقاة من مصادر أخرى كركيزة لتقييم يكون متلائماً مع الواقع العيادي.

1- حزن واضح

يتلاءم مع وهن العزيمة (الإحباط أو فتور الهمة)، الإنهيار واليأس (أكثر منه مجرد إحساس بالإنزعاج)، وهذا الوهن يعكسه كلام المريض، إيماءاته ووضع جسمه. يتم التقييم تبعاً ل: درجة العمق والعجز عن بسط الأسارير...

0- لا وجود للحزن

2- يبدو مثبط العزيمة لكن بإمكانه فرد أساريره دون صعوبة

4- يبدو تعيساً وحزيناً معظم الأوقات

6- يبدو تعيساً طيلة الوقت ومثبط العزيمة بشكل مفرط

2- حزن معبر عنه من قبل المريض

0- حزن عابر ويرتبط بالظروف

2- المريض حزين إنَّما بإمكانه فرد أساريره بدون صعوبة

4- إجتياح الإحساس بالحزن أو الإكتئاب عند المريض، تأثر مزاجه بالظروف الخارجية

6- حزن، يأس أو وهن عزيمة دائم (دون تقلب)

3- توتّر داخلي

ويتلاءم مع مشاعر إنزعاج غير محدّد، مع سرعة غضب وتوتّر عصبي. تتراوح هذه المشاعر ما بين الذعر، الهلع أو القلق، يتمّ الترقيم تبعاً ل: الحدة، التواتر، المدة ودرجة الإحساس باستعادة الأمان.

0- هادىء، توتّر داخلي عابر فحسب

2- أحاسيس عابرة بسرعة الغضب وبإنزعاج غير محدّد

4- أحاسيس مستمرة (متواصلة) بالتوتّر الداخلي أو، بالتناوب مع الذعر الذي يعجز المريض عن ضبطه

6- إكتساح الرعب، ذعر أو قلق دون توقّف

4- نقص النوم

ويتلاءم مع إنخفاض درجة عمق النوم ومدّته بالمقارنة مع ما كانت عليه حالة المريض

0- ينام كالمعتاد

2- يجد بعض الصعوبة لينام، تناقص بسيط في معدّل النوم، النوم: خفيف أو مضطرب

4- إنخفاض النوم أو تقطّعه، على الأقل ساعتين

6- النوم: أقل من ساعتين أو ثلاث ساعات

5- إنخفاض الشهية

ويتلاءم مع الإحساس بفقدان الشهية بالمقارنة مع حالة المريض المعتادة، يتمّ الترقيم بناءً على غياب الرغبة بالغذاء أو بناءً على حاجة المريض لأن يدفعه الآخرون كي يأكل

0- شهية عادية أو متزايدة

2- إنخفاض قليل في الشهية

4- إنعدام الشهية، غذاء لا طعم له

6- لا يأكل إلا إذا تمّ إقناعه

6- صعوبات التركيز

ويتلاءم مع صعوبات جمع الأفكار... وصولاً للعجز عن التركيز، يتمّ الترقيم بناءً على: حدة، تواتر ودرجة

العجز

0- لا صعوبة في التركيز

2- صعوبات عابرة في جمع الأفكار

4- صعوبات في التركيز وفي المحافظة على الإنتباه، الأمر الذي يخفض قدرة المريض على القراءة أو على

متابعة محادثة معيّنة

6- عجز عن القراءة أو المحادثة دون صعوبة كبرى

7- العياء

وبتلاءم مع صعوبة أو بطء البدء وتنفيذ نشاطات يومية

0- لا صعوبة للقيام بالنشاط ولا بطء في التنفيذ

2- صعوبات على مستوى بدء الأنشطة

4- صعوبات في البدء بالأنشطة المعتادة التي تستكمل بجهد

6- تعب كبير، عجز عن القيام بأي نشاط دون مساعدة

8- عجز عن الإحساس

وبتلاءم مع التجربة الذاتية من حيث إنخفاض الإهتمام بالعالم الخارجي أو بالأنشطة المثيرة، عادةً، لأحاسيس الفرح والسرور وإنخفاض القدرة على القيام بردّ فعل إنفعالي متلائم مع الظروف أو تجاه الآخرين

0- إهتمام عادي بالناس وبالعالم المحيط

2- إنخفاض في القدرة على الإحساس بالسرور من جرّاء القيام بالإهتمامات المعتادة

4- فقدان الإهتمام بالعالم المحيط. فقدان الإحساس بالأصدقاء

6- الإحساس بشكل إنفعالي، عجز عن الإحساس بالغضب، بالحزن والسرور وعجز كامل أو حتى مؤلم عن

الإحساس بشيء ما تجاه الأقارب والأصدقاء

9- أفكار تشاؤمية

وتتلاءم مع أفكار الذنب، الإتهام الذاتي، الخطيئة، الندم أو التدمير

0- لا وجود لأفكار تشاؤمية

2- تناوب في أفكار الفشل، الإتهام الذاتي أو إنخفاض في تقدير الذات

4- إتهامات ذاتية دائمة أو أفكار دقيقة بخصوص الذنب أو الخطيئة إنمّا، أفكار عقلانية. تشاؤم متزايد بخصوص

المستقبل

6- أفكار هذيانية تتمحور حول التدمير، الندم أو الخطيئة غير المكفّر عنها. إتهامات ذاتية غامضة وثابتة

10- أفكار إنتحارية

وتتلاءم مع الإحساس بأنّ الحياة لا تستحقّ بأن تعاش وأنّ موتاً طبيعياً يأتي كحلّ، الأفكار الإنتحارية الممهّدة

للإنتحار لا ترقم

0- يستمتع بالحياة أو يتقبّلها كما هي

2- تعب من الحياة، أفكار إنتحارية عابرة فحسب

4- تفضيل الموت، شيوع أفكار الإنتحار الذي يعتبر كحلّ ممكن لكن دون القيام بتخطيط محدّد لتنفيذه

6-التخطيط لمشاريع إنتحارية إذا ما سمحت الظروف لذلك. إستعدادات ممهدة للإنتحار

Score dépression : *légère* : entre 7 et 19 ; *modérée* : entre 20 et 34

Sévère : supérieur ou égal à 35

Annexe 3 : Questionnaire RSQ

Évaluation de l'attachement

Le Relationship Scales Questionnaire (RSQ) استبيان عن مقياس العلاقات

Merci de bien vouloir lire les propositions suivantes et de coter jusqu'à quel point chacune d'elle décrit vos sentiments à propos des relations avec les gens dont vous vous sentez proches. Pensez à toutes ces relations proches, passées ou actuelles et répondez en fonction comment, en général, vous vous y sentez.

Pour chaque proposition, entourer d'un cercle le chiffre qui vous correspond le mieux. Donner une seule réponse pour chaque proposition et merci de répondre à toutes sans en oublier une seule.

التعليمات: وصف راسك من 1 ل 5 على كل سؤال كيعطيك أحسن وصف للموقف ديالك:

1 = عمر ماكيوقع ليا هكدا

2 = نادرا فين كيوقع ليا هكدا

3 = إلى حد ما كيوقع ليا هكدا

4 = غالبا كيوقع ليا هكدا

5 = بزاف ديال المرات كيوقع ليا هكدا

1. Je trouve difficile de dépendre des autres. كيجيني صعيب نعول على الناس لخرين	1	2	3	4	5
2. C'est très important pour moi de me sentir indépendant(e). من الضروري ليا نحس براسي مستقل	1	2	3	4	5
3. C'est facile pour moi de me sentir proche des autres par rapport aux émotions. كاتجيني ساهلة نتقرب عاطفيا من اللوخرين	1	2	3	4	5
4. Je veux ne pouvoir faire qu'un avec une autre personne. بغيت نندامج كليا مع شخص آخر	1	2	3	4	5
5. Je crains d'être blessé(e) si je me permets de devenir trop proche des autres. كنخاف نتأدى إلا قربت بزاف من الناس لخرين	1	2	3	4	5
6. Je me sens bien sans relations affectives proches. أنا مرتاح بلا علاقات عاطفية مثينة	1	2	3	4	5
7. Je ne suis pas sûr(e) de pouvoir toujours compter sur la présence des autres lorsque j'en ai besoin. منضنش أنني تقدر نعول على الناس لخرين ديما في الوقت اللي نكون محتاجهم	1	2	3	4	5
8. Je veux être dans une intimité totale avec les autres quand il s'agit des émotions. بغيت نكون حميمي عاطفيا كليا مع اللوخرين	1	2	3	4	5

9. Je suis inquiet(e) de me retrouver seul(e). كنخاف نبقي بوحي	1	2	3	4	5
10. Je me sens à l'aise quand j'ai besoin des gens. انا مرتاح لُ الاعتماد على الناس الآخرين	1	2	3	4	5
11. Je crains souvent que mes partenaires amoureux(es) ne m'aient pas vraiment. كنخاف عادة أن الشريك العاطفي سيكون تبيغيني بصح	1	2	3	4	5
12. Je trouve que c'est difficile de faire totalement confiance aux gens. كنلقا صعوبة فأنتي نتيق فالناس ثقة عمية - كليا-	1	2	3	4	5
13. Je m'inquiète du fait que les autres deviennent trop proches de moi. كنخاف يقربو ليا الناس بزاف	1	2	3	4	5
14. Je veux des relations proches quand il s'agit des émotions. بغيت علاقات عاطفية وثيقة	1	2	3	4	5
15. Je me sens bien lorsque les gens ont besoin de moi. أنا مرتاح لوجود أشخاص آخرين كعتمدو علي	1	2	3	4	5
16. J'ai peur que les gens ne me donnent pas autant d'importance que je leur en donne. كنخاف الناس لخرين ميعطيونيش نفس القيمة للي كنعطيهم	1	2	3	4	5
17. Les gens ne sont jamais là quand vous avez besoin d'eux. منين كتحتاج الناس كاع ما كتلقاهم	1	2	3	4	5

<p>18. <u>Mon désir de ne faire qu'un avec les gens les fait parfois fuir.</u></p> <p>شي بعض المرات الرغبة ديالي في الندماج مع الناس كتخوفهم مني</p>	1	2	3	4	5
<p>19. C'est très important pour moi de sentir que je me suffis à moi-même.</p> <p>من المهم جدا بالنسبة ليا نحس بالاكتماء الذاتي</p>	1	2	3	4	5
<p>20. Je suis mal à l'aise quand quelqu'un se rapproche trop de moi.</p> <p>كنتوتر فاش أي واحد كيتقربلي بزاف</p>	1	2	3	4	5
<p>21. <u>J'ai souvent peur que mes partenaires amoureux(es) ne veuillent pas rester avec moi.</u></p> <p>كنخاف بزاف من أن الشركاء العاطفيين مايبيغوش ببقاو معايا</p>	1	2	3	4	5
<p>22. Je préfère n'avoir personne qui dépende de moi.</p> <p>كنفضل ان الناس الآخرين ميعتمدوش عليا</p>	1	2	3	4	5
<p>23. <u>J'ai peur d'être abandonné.</u></p> <p>كنخاف من أنه يتخلو عليا</p>	1	2	3	4	5
<p>24. Je me sens un peu mal à l'aise quand je suis proche des Gens.</p> <p>نوعا ما كنعشش براسي مرتاح و انا قريب اللوخرين</p>	1	2	3	4	5
<p>25. <u>Je trouve que les gens ne veulent pas être aussi proches de moi que je le souhaiterais.</u></p> <p>كايجيني أن اللوخرين كيترددو في الاقتراب مني كيما كنبغي</p>	1	2	3	4	5
<p>26. Je préfère ne pas dépendre des autres.</p> <p>كنفضل مانعتمدش على اللوخرين</p>	1	2	3	4	5
<p>27. Je sais que les autres seront là quand j'en aurai besoin.</p>	1	2	3	4	5

انا عارف بأن غانلقا الناس فاش غانحتاجوم					
28.J'ai peur que les gens ne m'acceptent pas. كانخاف ان اللوخرين ما يتقبلونيش	1	2	3	4	5
29.Mes partenaires amoureux(ses) veulent souvent que je sois plus proche d'eux/elles que je ne le supporte. الشركاء العاطفيين غالبا كيبيغيوني نتقرب منهم كثر من للي كاخليني نحس براسي مرتاح	1	2	3	4	5
30.Je trouve relativement facile d'être proche des gens. كاتجيني نسبيا ساهلة نتقرب من اللوخرين	1	2	3	4	5

Score évitement :

Score anxiété :

Évitement : items 10, 12, 13, 15, 20, 24, 29, 30. (Entre 8 et 24 = évitement ↓ ; entre 24 et 40 = évitement ↑).

Anxiété : items 11, 18, 21, 23, 25. (Entre 5 et 15 = Anxiété ↓ ; entre 15 et 25 = Anxiété ↑).

Évitement ↓ Anxiété ↓ = A. Sécure □

Évitement ↓ Anxiété ↑ = A. Anxieux □

Évitement ↑ Anxiété ↓ = A. Évitant □

évitement ↑ Anxiété ↑ = A. Désorganisé □

Annexe 4 : Échelle de Holmes & Rahe

Évaluation des événements de vie

مقياس "هولمز وراهي"

لتسجيل مستويات التوتّر الخاصة بك، عليك اختيار نعم أو لا لكل حدثٍ من الأحداث الـ 43 المذكورة في الأسفل، والتي قد اختبرتها في العام الماضي، ثم قم بحساب المجموع الإجمالي "لوحداث تغيير الحياة" الخاصة بك (درجة كل سؤال)، نقوم باحتساب النقاط الموجودة بجانب كل سؤال في حال كانت الإجابة نعم

خياراً للإجابة (نعم | لا):

1. وفاة الزوج (100 نقطة).
2. الطلاق (73 نقطة).
3. انفصال الأزواج (65 نقطة).
4. السجن لفترة معينة (63 نقطة).
5. وفاة أحد من أفراد الأسرة المقربين (63 نقطة).
6. الإصابة الشخصية أو المرض (53 نقطة).
7. الزواج (50 نقطة).
8. الطرد من العمل (47 نقطة).
9. تسوية الخلافات الزوجية (45 نقطة).
10. التقاعد (45 نقطة).
11. تغيير في صحة أحد أفراد الأسرة (44 نقطة).
12. الحمل (40 نقطة).
13. صعوبات جنسية (39 نقطة).
14. كسب فرد جديد في الأسرة (39 نقطة).
15. تعديل في الأعمال (39 نقطة).
16. التغيير في الوضع المالي (38 نقطة).

17. وفاة صديقٍ مقربٍ (37 نقطة).
18. التغيير إلى مجال عملٍ مختلفٍ (36 نقطة).
19. التغيير في عدد الخصامات مع الزوج (35 نقطة).
20. قرضٌ عقاريٌّ كبيرٌ أو تبنٍ (31 نقطة).
21. رهنٌ عقاريٌّ أو قرض (30 نقطة).
22. تغيير المسؤوليات في العمل (29 نقطة).
23. مغادرة أحد الأبناء المنزل (29 نقطة).
24. مشكلة في القوانين (29 نقطة).
25. إنجاز شخصي بارز (28 نقطة).
26. بدء الزوج بالعمل أو توقفه عن العمل (26 نقطة).
27. بدء أو انتهاء المدرسة أو الجامعة (26 نقطة).
28. التغيير في الظروف المعيشية (25 نقطة).
29. مراجعة العادات الشخصية (24 نقطة).
30. مشكلة مع رئيس العمل (23 نقطة).
31. تغيير في ساعات العمل أو ظروفه (20 نقطة).
32. تغيير مكان الإقامة (20 نقطة).
33. التغيير في المدرسة أو الكلية (20 نقطة).
34. التغيير في وسائل الترفيه (19 نقطة).
35. التغيير في أنشطة دار العبادة (19 نقطة).
36. التغيير في الأنشطة الاجتماعية (18 نقطة).
37. قرض معتدل أو رهن عقاري (17 نقطة).
38. تغيير في عادات النوم (16 نقطة).
39. التغيير في عدد اجتماعات العائلة (15 نقطة).
40. التغيير في عادات الأكل (15 نقطة).
41. العطلة (13 نقطة).

42. الأعياد الرسمية (عيد الفطر، عيد الأضحى، ...) (12 نقطة).

43. الانتهاكات الطفيفة للقانون (11 نقطة).

يتم إحصاء وجمع نقاط الإجابات بنعم، بعد جمع جميع النقاط نحصل على المجموع النهائي الذي سنستخدمه في الفقرة التالية لمعرفة مستوى الإصابة بالتوتر

إذا واجهت نفس الحدث أكثر من مرة، للحصول على إجابة أكثر دقة قم بإضافة النتيجة مرة أخرى لكل حدثٍ إضافي

تفسير النتيجة

إذا حصلت على نتيجة

فإنّ لديك فرصة منخفضةً إلى معتدلةٍ للإصابة بالمرض في المستقبل القريب 11-150

فإنّ لديك فرصةً معتدلةً إلى عاليةٍ للإصابة بالمرض في المستقبل القريب 150-299

فإنّ لديك خطرٌ كبيرٌ أو كبيرٌ جداً بأن تصاب بالمرض في المستقبل القريب 300-600

Score des événements de vie :

BIBLIOGRAPHIE

[1] American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).

<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

[2] Barlow, *Abnormal psychology : An integrative approach* (5th ed.), Belmont, CA, États-Unis, Thomson Wadsworth, 2005 (ISBN 0-534-63356-0)

[3] Michel Godfryd. Dans *Les maladies mentales de l'adulte* (2020), Chapitre VI. Le syndrome dépressif, pages 41 à 55

[4] Pigeaud, J. (1981). *La maladie de l'âme. Étude sur la relation de l'âme et du corps dans la tradition médico-philosophique antique*. Paris : Belles-lettres

[5] Widlöcher, D. (1983). *Les Logiques de la dépression*. Paris : Fayard, Collection « le temps des sciences ».

[6] 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

[7] Pédinielli, J.L., & Bernoussi, A. (2004). *Les états dépressifs*. Paris : Nathan, Collection 128

[8] Hofer (1678). *Dissertatio curiosa de nostalgia vulgo. Heinwek oder Heinwehsucht*, Busel.

[9] Sire, D. (2007). *Les troubles dépressifs : données économiques et médico-économiques*.

L'Encéphale, 33 (1), Hors-série, 231-234.

[10] Bohbot, M. (2007). *Dépression et anxiété*. *L'Encéphale*, 33 (1), Hors-série, 235-237.

[11] « La dépression : parlons-en » déclare l'OMS, alors que cette affection arrive en tête des causes de morbidité. 30 mars 2017. Communiqué de presse. <https://www.who.int/fr/news/item/30-03-2017--depression-let-s-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health>

[12] Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx) <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>

[13] Woody, CA. (2017). A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord.* 2017;219:86-92.

[14] Evans-Lacko, S. (2018). Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders:

results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychol Med.* 2018;48(9):1560–1571.

[15] Goodwin, R. D., Dierker, L. C., Wu, M., Galea, S., Hoven, C. W., & Weinberger, A. H. (2022). Trends in U.S. Depression Prevalence From 2015 to 2020: The Widening Treatment Gap. *American journal of preventive medicine*, 63(5), 726–733. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2022.05.014>

[16] Dassonville, V. (2007). Du symptôme dépressif à la thérapeutique. *L'Encéphale*, 33 (4), 641– 649.

[17] Rapport du Conseil Économique, Social et Environnemental (CESE). La santé mentale et les causes de suicide au Maroc. 2022

[18] Guelfi, J.F. (1985). *Manuel de Psychiatrie Adulte*. Paris : Masson.

[19] Pwezner, E. (2003). *Introduction à la psychopathologie de l'adulte* . Paris : Armand Colin, Cursus, 2ème édition.

[20] Bougerol, T. (1999). Syndrome dépressif : orientation et principes du traitement. *Revue du praticien*, 49 (6), 643–652.

[21] Delay, J. *les Dérèglements de l'humeur*, Presses universitaires de France (PUF), 1946

[22] FERRERI F, AGBOKOU C, NUSS P, PERETTI CS Clinique des états dépressifs, EMC–Psychiatrie, Paris, Elsevier–Masson, 2006, 37–110–A–10.

[23] 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.

[24] Olié, J.P., & Baylé, F.J. (1995). Dépressions, troubles de l'humeur et psychoses maniacodépressives. In : J.L Senon, D. Sechter, D. Richard, Thérapeutique psychiatrique (pp. 773–795). Paris : Hermann.

[25] Nicolas Neveux. Prendre en charge la dépression avec la thérapie interpersonnelle. 2022

[26] M.A. Young et al. Lack of stability of the RDC endogenous subtype in consecutive episodes of major depression. J Affect Disord (1987)

[27] P. Gorwood, Dépressions sévères : gènes et environnement, L'Encéphale, Volume 35, Supplement 7, 2009, Pages S306–S309,

[28] Berndt ER, Koran LM, Finkelstein SN et al. Lost human capital from early-onset chronic depression. *American Journal of Psychiatry* 2000; 157: 940–947.

[29] Small GW. Recognition and treatment of depression in the elderly. *J Clin Psychiatry* 1991;52(Suppl. 6):1 1–22.

[30] Thomas P, Hazif–Thomas C. Dépression, présentation clinique et diagnostic chez la personne âgée. *Revue Geriatr* 2003;28:247–58.

[31] La dépression chez les femmes enceintes et chez les mères : Comment les enfants sont touchés. (2004). *Paediatrics & Child Health*, 9(8), 599–601.

[32] 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.

[33] 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

[34] Stahl. S. *Psychopharmacologie essentielle*.1999

[35] CASPI A Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5–HTT Gene, *Science*, 2003, 301,

[36] NEMEROFF CB, KRISHNAN KRR, REED D et al Adrenal gland enlargement in major depression. A computed tomographic study, *Archive of General Psychiatry*, 1992, 49, 384–387

[37] KRISHNAN KR, DORAISWAMY PM, LURIE SN et al Pituitary size in depression, *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 1991, 72, 256–259.

[38] DREVETS WC Neuroimaging and neuropathological studies of depression : implications for the cognitive emotional features of mood disorders, *Current Opinion in Neurobiology*, 2001, 11, 240–249.

[39] SHELINE YI, BARCH DM, DONNELLY JM, OLLINGER JM, SNYDER AZ, MINTUN MA Increased amygdala response to masked emotional faces in depressed subjects resolves with antidepressant treatment: a functional magnetic resonance imaging study, *Biological Psychiatry*, 2001, 50 (9), 651– 658.

[40] CLAUSTRAT B, BRUN J, DAVID M, SASSOLAS G, CHAZOT G Melatonin and jet lag: confirmatory result using a simplified protocol, *Biological Psychiatry*, 1992, 32 (8), 705–711.

[41] Beck, A.T. (1963). Thinking and depression. : Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324–333.

[42] BECK AT Cognitive therapy of depression. New-York, Guilford Press, 1975, 425p.

[43] Beck, A. T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: Meridian.

[44] BECK AT The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates, American Journal of Psychiatry, 2008, 165, 969–977.

[45] Freud, S. (1915). Deuil et Mélancolie. In : Métapsychologie. Paris : Folio essais Gallimard, 1968.

[46] Briole, G., & Guegen, P.G., & Lassagne, M. (1995). Théories psychanalytiques. In : J.P, Olié, M.F., Poirier, & H., Lôo. (sous la dir.), Les maladies dépressives (pp.345–354). Paris : Médecine– Sciences Flammarion.

[47] Spitz, R. A. (1968). De la naissance à la parole: La première année de la vie. Paris : Presses Universitaires de France.

[48] Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). (2010). Mental health services in Australia 2007–08. Mental health series no. 12. *Canberra, Australie : AIHW.*

[49] Cuijpers, P., Andersson, G., Donker, T. et Van Straten, A. (2011). Psychological treatment of depression : results of a series of meta-analyses. *Nord J Psychiatry*, 65(6), 354–364.

[50] Gould, R. L., Coulson, M. C. et Howard, R. J. (2012). Cognitive behavioral therapy for depression in older people : a meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials. *J Am Geriatr Soc*, 60(10), 1817–1830.

[51] Gédance, D., L'abord psychanalytique de la dépression, *Rev Med Suisse*, 2003/2461 (Vol.-11), p. 2407–2410.

[52] National institute of clinical excellence (NICE). Guidance on the use of electroconvulsive therapy. Technology appraisal 59. NICE: April 2003.

[53] George MS, Lisanby SH, Sackeim HA. Transcranial magnetic stimulation : Applications in neuropsychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:300–11.

[54] Rossini P, Rossi S. Transcranial magnetic stimulation : Diagnostic, therapeutic, and research potential. *Neurology* 2007;68:484–8.

[55] Luminothérapie et troubles affectifs saisonniers dans la pratique clinique F. Rachid , J.-M. Aubry et G. Bondolfi *Med Hyg* 2003 ; 61:1756–9

[56] ZARIFIAN E, LOO H Les antidépresseurs. Aspects biologiques, cliniques et thérapeutiques. Neuilly-sur-Seine, Laboratoire Roche, 1982, 475p.

[57] Michel Dierick, Jozef Peuskens, Marc Anseau, Hugo D'Haenen, Paul Linkowski, *Manuel de psychopharmacothérapie*, Academia Press, 2003

[58] Kent JM, « SNaRIs, NaSSAs, and NaRIs: new agents for the treatment of depression », *Lancet*, n° 355(9207):911–8, 11 mars 2000

[59] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. 2nd ed. Arlington, APA, 2000.

[60] AFSSAPS. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. Saint-Denis : AFSSAPS, 2006,

[61] FRANK E, PRIEN RF, JARRETT RB Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorders. Remission, recovery, relapse, and recurrence, *Archive of General Psychiatry*, 1991, 48, 851–855.

[62] J. L. Hedlund et B. W. Viewig, « The Hamilton rating scale for depression: a comprehensive review », *Journal of Operational Psychiatry*, no 10, 1979, p. 149–165

[63] Montgomery SA, Asberg M. « A new depression scale designed to be sensitive to change » *British Journal of Psychiatry*. Avril 1979. 134(4), 382–89.

[64] Beck A.T. (1988). Beck Hopelessness Scale. The Psychological Corporation.

[65] Radloff, L.S. (1977) The CES–D Scale: A self–report depression scale for research in the general population. *App. Psychol. Meas.* 3, 385–401

[66] Pichot P., Boyer P., Pull C.B., Rein W., Simon M., Thibault A., : Un questionnaire d'auto-évaluation de la symptomatologie dépressive : le QD2. Construction, structure factorielle, propriétés métrologiques. *Rev. Psychol. Appl.*, 1984, 3,229–250.

[67] Guelfi, Julien–Daniel. « 17. Psychopathologie quantitative et psychométrie de la dépression », Michel Goudemand éd., *Les états dépressifs*. Lavoisier, 2010, pp. 142–151.

[68] Bowlby J. Attachment and loss: Retrospect and Prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1982;52(4):664–678.

[69] Mistycki V, Guedeney N. Quelques apports de la théorie de l'attachement : clinique et santé publique. *Recherche en soins infirmiers*. 2007;89(2):43–51.

[70] Bowlby J. Attachement et perte : Volume 1 « L'attachement »; Volume 2 "Séparation, angoisse et colère"; Volume 3, "La perte, tristesse et dépression". 5th ed. Presses Universitaires de France. 2002

[71] Guedeney N, Guedeney, A. L'attachement : approche théorique. Du bébé à la personne âgée. 4th ed. Elsevier Masson; 2016.

[72] 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.

[73] Piaget, J. (1947). La représentation du monde chez l'enfant. Paris : Presses Universitaires de France.

[74] Hazan, C., & Shaver, P.R. (1987). Romantic Love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social Psychology*, 52, 511–524.

[75] 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.

[76] 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.

[77] Main M. De l'attachement à la psychopathologie. *Enfance*. 1998;51(3):13–27.

[78] Gauthier, Yvon, Gilles Fortin, et Gloria Jéliu. « Applications cliniques de la théorie de l'attachement pour les enfants en famille d'accueil : importance de la continuité », *Devenir*, vol. 16, no. 2, 2004, pp. 109–139.

[79] Cohen, N., Muir, E., Lojkasek, M., Muir, R., Parker, C., Barwick, M. and Brown, M. (1999). Watch, wait and Wonder : Testing the effectiveness of a new–approach to mother–infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 20, 429–451.

[80] Delage, Michel, et al. « Application de la théorie de l'attachement à la compréhension et au traitement du couple. A propos d'une recherche », *Thérapie Familiale*, vol. 25, no. 2, 2004, pp. 171–190.

[81] Lançon C. Dépressions sévères : événements de vie, histoire du sujet. *L'Encéphale*. 2009;35:S279–S281.

[82] 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.

[83] Duschinsky, Robbie (2020). *Cornerstones of attachment research*. Oxford: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-884206-4. OCLC 1154774522.

[84] Fraley, R.C., Waller, N.G., & Brennan, K.A. (2000). An item–response theory analysis of self–report measures of adult attachment" *Journal of Personality and Social Psychology* 78, 350–365.

[85] Sigmund Freud (1929), *Malaise dans la civilisation*.

[86] Schlossberg, N. (2005). Aider les consultants à faire face aux transitions : Le cas particulier des non–événements. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 34, 85–101.

[87] Gelin, Z., Simon, Y., & Hendrick, S. (2015). Comment donnons–nous sens à notre vécu d'événements significatifs de vie ? *Médecine & Hygiène*, 36, 133–147.

[88] Gomez, V., Krings, F., Bangerter, A., & Grob, A. (2009). The influence of personality and life events on subjective well–being from a life–span perspective. *Journal of Research in Personality*, 43, 345–354.

[89] Dubois, N. (2002). «Autour de la norme sociale». Les cahiers psychologie politique , 2.

[90] BROWN GW, HARRIS TO, HEPWORTH C Life events and endogenous depression. A puzzle reexamined, *Archive of General Psychiatry*, 1994, 51, 525–534.

[91] MONROE SM, HARKNESS KL Life stress, the “kindling” hypothesis, and the recurrence of depression: considerations from a life stress perspective, *Psychological Review*, 2005, 112 (2), 417–445.

[92] Antonia Bifulco. **Characteristics of severe life events, attachment style, and depression – Using a new online approach**. *British Journal of Clinical Psychology*. 2019

[93] Zhang, F., & Labouvie-Vief, G. (2004). Stability and fluctuation in attachment style over a 6-year period. *Attachment and Human Development*, 6, 419–437. doi: 10.1080/1461673042000303127.

[94] Do Life Events Lead to Enduring Changes in Adult Attachment Styles? A Naturalistic Longitudinal Investigation. / Fraley, R. Chris; Gillath, Omri; Deboeck, Pascal R.

In: *Journal of personality and social psychology*, Vol. 120, No. 6, 2021, p. 1567–1606.

[95] Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213–218. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)

[96] PAYKEL, E.S., PRUSSOF., B.A., UHLENHUTH., E.H. – (1971) Scaling of Life Events, *Archives General of Psychiatry*, 25, 340–347.

[97] TENNANT, C., ANDREWS, G. – (1976) A scale to measure the stress of life events, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 10, 27–32.

[98] BROWN, G.W., HARRIS, T.O. – (1978) *Social origins of depression*, New York : Free Press.

[99] Amiel–Lebigre, F et al. “Événements existentiels et dépression une étude comparative de plusieurs types de déprimés” [Existential events and depression. Comparative study of several types of depressed patients]. *Annales medico-psychologiques* vol. 142,7 (1984): 937–58.

[100] 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.

[101] Hallit, S et al. "Validation of the Arabic version of the MADRS scale among Lebanese patients with depression." *L'Encephale* vol. 45,3 (2019): 195–199. doi:10.1016/j.encep.2018.05.004

[102] Fraley, R Chris et al. "Interpersonal and genetic origins of adult attachment styles: a longitudinal study from infancy to early adulthood." *Journal of personality and social psychology* vol. 104,5 (2013): 817–38. doi:10.1037/a0031435

[103] Griffin, D. W., & Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(3), 430–445. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.3.430>

[104] Kurdek, L. A. (2002). On being insecure about the assessment of attachment styles. *Journal of Social and Personal Relationships*, 19, 811–834.

[105] Laurent, Guillet & Hermand, Danièle. (2006). Critique de la mesure du stress. *Annee Psychologique – ANNEE PSYCHOL.* 106. 10.4074/S0003503306001084.

[106] Bylsma LM, Morris BH, Rottenberg J. A meta-analysis of emotional reactivity in major depressive disorder. *Clin Psychol Rev.* 2008 Apr;28(4):676–91.

[107] Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. ESEMeD : Prevalence of mental disorders in Europe : results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr Scand Suppl. 2004;(420) :21-7.

[108] Leroux I, Morin T. Facteurs de risque des épisodes dépressifs en population générale. Étud Résult. 2006 ;545 :1-8.

[109] Baromètre santé 2010 Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante2010/index.asp#suicide>

[110] Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder : results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). Jama. 2003 ;289(23) :3095-3105.

[111] Chee CC, Beck F, Sapinho D, Guilbert P. La dépression en France. Paris, INPES ; 2009. Disponible sur : <http://www.inpes.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1210.pdf>

[112] TRIFFORIOT A. Étude de la différence de genre dans les troubles dépressifs au sein de la cohorte CONSTANCES. 2016

[113] Liz Scherer. Les antécédents familiaux déterminent le risque de dépression. 2023

[114] Roustit C, Cadot E, Renahy E, Massari V, Chauvin P. Les facteurs biographiques et contextuels de la dépression: analyses à partir des données de la cohorte SIRS, agglomération parisienne, 2005. Bull Épidémiologie Hebd. 2008;35(36):321–325.

[115] Kessler RC. The effects of stressful life events on depression. Annu Rev Psychol. 1997;48:191–214.

[116] Tousignant M, Harris T. Événements de vie et psychiatrie: apport des études du « life events and difficulties schedule ». Doin; 2001.

[117] Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change. The Guilford Press.

[118] K. Chahraoui, M. Reynaud. Styles d'attachement et soutien social perçu chez des femmes déprimées, L'encéphale, Volume 849, Issue 3061, 12/2006, Pages 944–1022, ISSN 0013–7006

[119] Barbara Murphy, Glen W. Bates, Adult attachment style and vulnerability to depression, Personality and Individual Differences, Volume 22, Issue 6, 1997, Pages 835–844, ISSN 0191–8869

[120] Nor Ba'yah Abdul Kadir. Insecure attachment style as a vulnerability factor for depression: Recent findings in a community-based study of Malay single

and married mothers. *Psychiatry research*. 2013

[121] Marvin, R., Cooper, G., Hoffman, K and Powell, B. (2002). The Circle of Security project : attachment-based intervention with caregiver-preschool dyads. *Attachment and Human Development*, 4(1), 107-124.

[122] Dozier, M., Higley, E., Abus, K.E., & Nutter, A. (2002). Intervening with foster infants' caregivers: Targeting three critical needs. *Infant Mental Health Journal*, 23, 541-554.

[123] Dozier, M., Peloso, E., Lindhiem, O., Gordon, M.K., Manni, M., Sepulveda, et al., (2006). Developing evidence-based interventions for foster children: An example of a randomized clinical trial with infants and toddlers. *Journal of Social Issues*, 62, 767-785.

[124] Diamond, G.S., Reis, B.F., Diamond, G.M., Siqueland, L., & Isaacs, L. (2002). Attachment-based family therapy for depressed adolescents: A treatment development study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1190-1196.

[125] Johnson, S.M., Maddeaux, C., & Blouin, J. (1998). Emotionally focused family therapy for bulimia: Changing attachment patterns. *Psychotherapy*, 35, 238–247.

[126] Baucom, D.H., Shoham, V., Mueser, K.T., Daiuto, A.D., & Stickle, T.R. (1998). Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 53–88.

[127] Johnson, S.M., Hunsley, J., Greenberg, L., & Schindler, D. (1999). Emotionally focused couples therapy: Status and challenges. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 67–79.

[128] Bateman, A., & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165, 631–638.

[129] Clarkin, J.F., Levy, K.N., Lenzenweger, M.F., & Kernberg, O.F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 922–928.

[130] Strupp, H.H., & Binder, J.L. (1984). *Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books.

[131] Stuart, S. (2008). What is IPT? The basic principles and the inevitability of change. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 38, 1–10.



أطروحة رقم 23/432

سنة 2023

الروابط بين التعلق وأحداث الحياة والاكتئاب

(بصدد 83 حالة)

الأطروحة

قدمت و نوقشت علانية يوم 2023/12/27

من طرف

السيد متوكل معاد

المزداد في 17 فبراير 1997 بفاس

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات المفتاحية

استبيان عن مقياس العلاقات - أحداث الحياة - ارتباط - اكتئاب

اللجنة

السيد اعوان رشيد..... الرئيس

أستاذ في طب الأمراض النفسية

السيد بوت أمين..... المشرف

أستاذ في طب الأمراض النفسية

السيدة أعراب شادية.....
أستاذة في طب الأمراض النفسية
السيدة الفقير سميرة.....
أستاذة في علم الأوبئة السريرية