

Étude des réactions comportementales chez une population dépressive

Ghania OMARI-MELLAL
LBPO, FSB, USTHB

INTRODUCTION

Ce travail porte sur les réactions comportementales, physiologiques, et neuroendocriniennes induits par les dérèglements homéostatiques au stress, chez l'animal et l'homme.

Nous savons depuis les travaux de Cannon (1929) sur l'homéostasie, de Selye (1936) sur les phases du syndrome général d'adaptation qu'à la suite de stimuli stressants plus ou moins intenses, les cascades de troubles biologiques ainsi déclenchées peuvent s'enchaîner les uns aux autres jusqu'à l'épuisement de l'organisme (phase III, complémentaire au SGA).

Si l'on prend l'exemple de la perte d'un emploi et des difficultés financières, le sujet stressé sera inquiet, voire très préoccupé. Il en perdra le sommeil, l'appétit, il sera victime de toutes sortes de troubles physiques et psychologiques ; mais ses défenses restent intact il pourra faire face en cherchant un autre travail, ou en trouvant une autre solution.

La personne stressée conserve le goût de vivre et trouve des forces pour se battre, il s'agit typiquement de la première phase du syndrome général d'adaptation (SGA) décrit par Selye (1936) avec retour à la normale dans un délai relativement court.

Par contre le sujet déprimé est comme transpercé par l'événement, il se sent enfermé dans un cercle vicieux, désarmé, la souffrance est intériorisée si profondément que la volonté de se battre et la vitalité sont anéanties ; de même son état psychosomatique évolue vers la deuxième phase dite de résistance.

Dans le cas d'un choc émotionnel intense, consécutif à un événement important, l'individu présente une réaction à ces événements ressentis comme graves, un état dépressif qui s'apparente rapidement et d'emblée à la phase de résistance qui présente des dérèglements biologiques.

En s'accroissant sans transition apparente comme dans les phases I et II du SGA, les troubles biologiques se doublent de manifestations comportementales, nettes sur le plan psychique, caractéristiques de la dépression réactionnelle. Celle-ci, comme son nom l'indique est un état dépressif en réaction profonde à des faits événementiels graves, qui ébranlent des personnalités vulnérables à ces déstabilisations.

La dépression réactionnelle dite unipolaire, constitue « un état psychologique aigu ou subaigu survenant d'emblée ou après un temps de latence, consécutivement à un choc affectif ou à un événement impressionnant » (Porot, 1960).

La survenue d'événements impressionnants indépendant du sujet mais dépendant de sa personnalité propre, implique d'étudier la relation à l'événement déclenchant. Le nombre d'événements stressants survenus au cours des six mois précédents dans la vie des « prédisposés » à la dépression serait trois fois plus élevé que celui observé chez des témoins considérés comme normaux (Brown et al, 1989). Le « stress-syndrome » étudié par l'école américaine de médecine psychosomatique, orienté vers la psychogenèse émotionnelle comme d'ailleurs les théories successives sur la nature de l'émotion (James-Lange, 1887; Cannon-Bard, 1929; Schachter, 1975), pour qui l'état émotionnel résulterait de l'interprétation de la situation, de l'activation physiologique et de l'interprétation cognitive de cet éveil physiologique. La réponse des systèmes corporels variés peut prendre des formes distinctes, caractéristiques d'un individu, ce qui explique que le même stress intense peut altérer des **organes différents**.

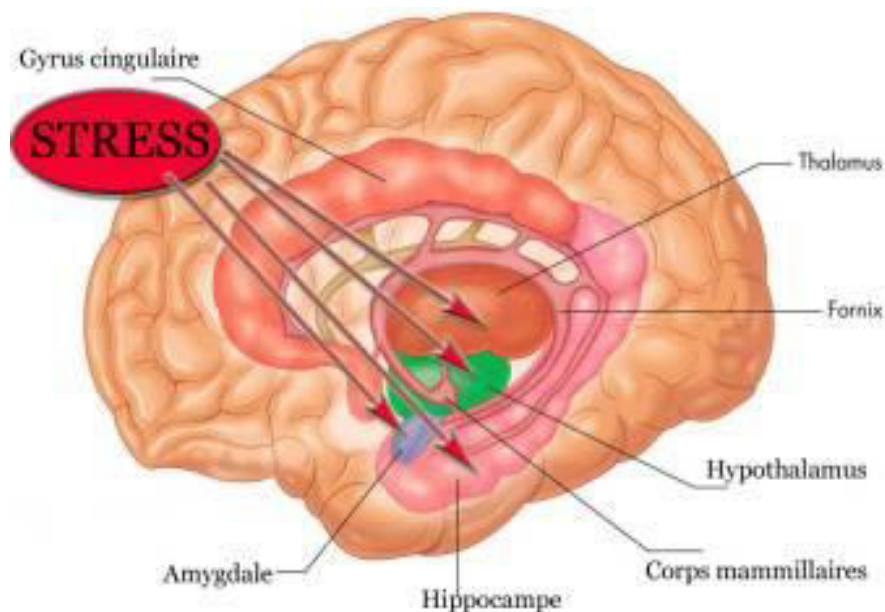


Figure 1 : principales structures intervenant dans la réponse au stress

(Ma S et al, 2004)

I - Matériel et méthodes

I- 1- Sélection sur la base du DMS IV (Masson, 1996)

A- Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présent pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur: au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir.

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

(1) humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (par exemple, se sentir triste ou vide) ou observée par les autres (par exemple, pleure).

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

(3) perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (par exemple, modification du poids corporel en un mois excédant 5%), ou diminution ou augmentation de l'appétit tous les jours.

(4) insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

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

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

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

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

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

B- les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.

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

D- les effets ne sont pas imputables aux effets physiologique directs d'une substance (par exemple, une substance donnant lieu à un abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (par exemple hypothyroïdie).

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

I- 2- Précautions à prendre

L'étude porte sur une population de dépressifs n'ayant pas suivi ou pris aucun traitement chimique auparavant ceci pour éviter toute modification au niveau de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, n'ayant pas d'antécédents familiaux, étant donné que ceci nous mènerait à parler de la dépression endogène et donc des facteurs génétiques qui ne sont pas l'objet de cette étude qui porte seulement sur la dépression réactionnelle. Vérifier que les événements stressants subis étaient dans les six mois à une année de l'épisode dépressif.

I-3- Compléments d'informations par questionnaires

À travers une fiche de renseignements, il a été possible d'avoir des informations concernant chaque sujet, ce qui a permis d'établir un tableau des personnes retenues.

Tableau

sujets	âge	sexe	niveau scolaire	profession	situation sociale
S1	30	Masculin	Moyen	Chômeur	Marié
S2	33	Masculin	Secondaire	Infirmier	Célibataire
S3	34	Masculin	Moyen	Chômeur	Marié
S4	35	Masculin	Primaire	Chômeur	Célibataire
S5	38	Masculin	Terminal	Peintre	Marié
S6	40	Masculin	Secondaire	Ingénieur de laboratoire	Marié
S7	45	Masculin	Secondaire	Administratif	Marié
S8	46	Masculin	Terminale	Informaticien	Marié
S9	48	Masculin	Moyen	Secrétaire médical	Marié
S10	50	Masculin	Terminale	Administratif	Marié
S11	60	Masculin	/	Retraite	Marié
S12	36	Féminin	Licence	Couturière	Mariée
S13	41	Féminin	Terminale	Enseignante	Mariée
S14	54	Féminin	Licence	Enseignante	Célibataire
S15	58	Féminin	/	/	Mariée

I-4- Évaluation de la gravité de la dépression réactionnelle

L' « échelle d'évaluation de la réadaptation sociale » de Holmes et Rahe (1967), tente de mesurer les effets de 43 événements stressants, en tenant compte des efforts qu'une personne doit faire pour adapter son mode de vie à cette situation. Pour chaque événement un score, le plus haut étant 100.

La liste réduite de Paykel (1971), liste préétablie (voir annexe), inspirée de l'échelle de Holmes et al (1967), modifiée comporte une liste de 36 items, chaque item représente une situation familiale, personnelle, professionnelle...etc., ayant ainsi des dimensions économiques, financières et sociales, contraignant les individus à s'adapter ou non aux changements que l'on peut appeler « événements stressants » de vie.

La notion d'événements recouvre de façon assez large non seulement tous les changements survenant dans la vie et nécessitant un effort d'adaptation mais également ceux impliquant un élément de détresse émotionnelle. Chaque item est associé à un score ou pondération standard permettant la sommation des valeurs.

Pignarre (2001), décrit que les résultats du DMSIII, restent insuffisants et soumis à subjectivité, d'où la nécessité d'utilisation d'autres tests.

I-5- Confirmation de l'état de gravité de la dépression réactionnelle

- Conditions d'observations et de passation des tests

C'est des tests qui sont faciles à administrés. La passation doit être effectuée dans un endroit bien éclairé et suffisamment calme pour que le sujet puisse se concentrer. Il est préférable d'évaluer, avant la passation, si un patient est en état de lire et de comprendre les items. Cependant les items peuvent être lus à haute voix, par le clinicien si le sujet présente des difficultés de lecture ou des problèmes de concentration. En général, 5 à 10 minutes suffisent

pour compléter le protocole. Les patients souffrant d'une dépression sévère ou de troubles obsessionnels peuvent prendre plus de temps.

- Étude éthocomportementale

L'éthologie est particulièrement attentive aux comportements non verbaux et au rôle du corps dans les interactions quotidiennes. Les notions d'expressivité faciale, de régulation interactionnelle, d'organisation verbo-viscero-motrice et d'analyseur corporel.

Cette étude est très difficile à réaliser, car la réalisation d'un éthogramme du dépressif, nécessite en premier lieu d'évaluer le stress, et de le quantifier, ce qui n'est pas facile vu qu'il n'existe pas de signe pathognomonique et spécifique du stress, il a été indispensable d'utiliser des tests et questionnaires qui ont été et sont encore très utilisés malgré les critiques dont ils font l'objet : difficultés d'en extraire des catégories cliniques ; détermination trop arbitraire du seuil pathologique ; et biais méthodologiques de compréhension des questions par le patient.

Les questionnaires utilisés sont le BDI-II et le test d'Hamilton (détails des deux tests dans l'annexe), à travers ces tests il a été possible de faire ressortir les aspects qualitatifs et quantitatifs de la dépression réactionnelle.

Les paramètres étudiés sont : le sommeil avec ses trois phases (début du sommeil, milieu du sommeil, et matin) ; le comportement d'appétit ; l'irritabilité ; le comportement d'agitation ; le comportement de pleurs et la tristesse.

I-6- Étude des caractéristiques de la dépression réactionnelle par tests neuropsychiatriques

Consiste en l'utilisation des échelles : Hamilton, BDI-II. L'intérêt d'utiliser ces deux échelles est de mieux cerner le problème en comparant les réponses de chaque individu et la réponse qui correspond le plus à l'état du patient d'après l'observation, ces deux méthodes nous permettent de donner un aspect qualitatif du troubles.

➤ Test d'Hamilton

Ce test est une entrevue semi structurée clinique développée pour évaluer la sévérité des symptômes dépressifs. Il consiste en 26 items (voir Annexe). Ces items sont séparés en deux facteurs :

-Facteur psychique : comprenant la tension, les peurs, l'insomnie, le stress, l'intellectuel (cognitif), et la dépression.

-Facteur somatique : comprenant les symptômes gastro-intestinaux, génito-urinaires, respiratoires, cardiovasculaires, sensoriels, musculaires et autonomiques.

Le seuil est estimé à 15 pour le test d'Hamilton

➤ Test de Beck

Des analyses d'items et des analyses factorielles ont permis de sélectionner les 21 items définitifs. Le BDI-II permet d'évaluer la sévérité de la dépression, chez des patients (adultes et adolescents à partir de 16ans) ayant reçu un diagnostic psychiatrique. Le BDI-II a été élaboré comme un indicateur de la présence et de la sévérité des symptômes dépressifs correspondant aux critères du DSM-IV.

La note au BDI-II est obtenue en additionnant les indices numériques des 21 items, chaque item étant coté de 0 à 3 points. Si un sujet a donné plusieurs réponses à un item, choisir l'indice le plus élevé. La note brute maximale est de 63, le seuil est estimé à 17 pour le test du BDI-II.

II- Exploitation et traitement des résultats

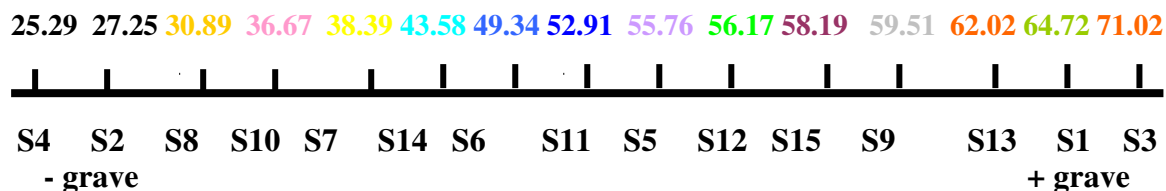
II- 1- Évaluation des événements stressants

Cette évaluation fait par l'échelle de Paykel (1983) consiste en une liste d'événements stressants qui semble marqués le plus le sujet au cours de sa vie. A chaque événement correspond une cotation, un score ou un poids qui lui donne une valeur quantitative ce qu'on appelle : pondérations standards des événements stressants qui varient entre 25 et 71 dans notre travail.

Tableau

sujets	événements stressants	sommation	pondérations standard des événements stressants
S1	Décès d'un membre de la famille- divorce- séparation conjugale avec disputes- chômage	$\Sigma = 5$	64.72
S2	Problèmes financiers majeurs- séparation avec une personne significative	$\Sigma = 3$	27..25
S3	Problèmes financiers majeurs- faillite- licenciement- déménagement- disputes conjugales	$\Sigma = 5$	71.02
S4	Licenciement- changement de travail	$\Sigma = 2$	25.29
S5	Problèmes financiers majeurs- Licenciement- Décès d'un membre de la famille- déménagement dans la même ville	$\Sigma = 4$	55.76
S6	Nouvelle personne au foyer- divorce- disputes conjugales- séparation avec une personne significative- mariage	$\Sigma = 5$	49.34
S7	disputes conjugales- maladie personnelle sérieuse- séparation avec une personne significative-	$\Sigma = 3$	38.31
S8	Emigration—séparation avec une personne significative- changement de travail	$\Sigma = 3$	30.89
S9	Divorce- passage en justice- dégradation du statut sociale- arrêt scolaire- naissances	$\Sigma = 5$	59.51
S10	Licenciement- disputes conjugales- départ d'un enfant du Foyer	$\Sigma = 3$	36.67
S11	Décès d'un membre de la famille- maladie d'un membre de la famille- séparation avec une personne significative- retraite	$\Sigma = 4$	52.91
S12	Mariage- grossesse- d'un membre de la famille- problème financiers majeurs- disputes conjugales	$\Sigma = 5$	56.17
S13	Problèmes financiers majeurs- avortement- disputes conjugales- déménagement- arrêt scolaire	$\Sigma = 5$	62.06
S14	Décès d'un membre de la famille- maladie d'un membre de la famille- séparation avec une personne significative-	$\Sigma = 3$	43.58
S15	Décès d'un membre de la famille- maladie d'un membre de la famille- séparation avec une personne significative- maladie personnelle sérieuse	$\Sigma = 4$	58.19

Ce tableau permet de classer les dépressifs en fonction des scores obtenus et d'obtenir une grille d'évaluation comparative (du moins grave au plus grave).



Représentation du degré de gravité de l'atteinte émotionnelle

L'inventaire de dépression de Beck permet de classer les sujets selon un gradient de gravité de la maladie. Suivant le tableau nous avons les notes seuils au BDI-II.

Tableau

Note totale	Niveau
0 - 11	Minimum
12 - 19	Léger
22 - 27	Modéré
28 - 63	Sévère

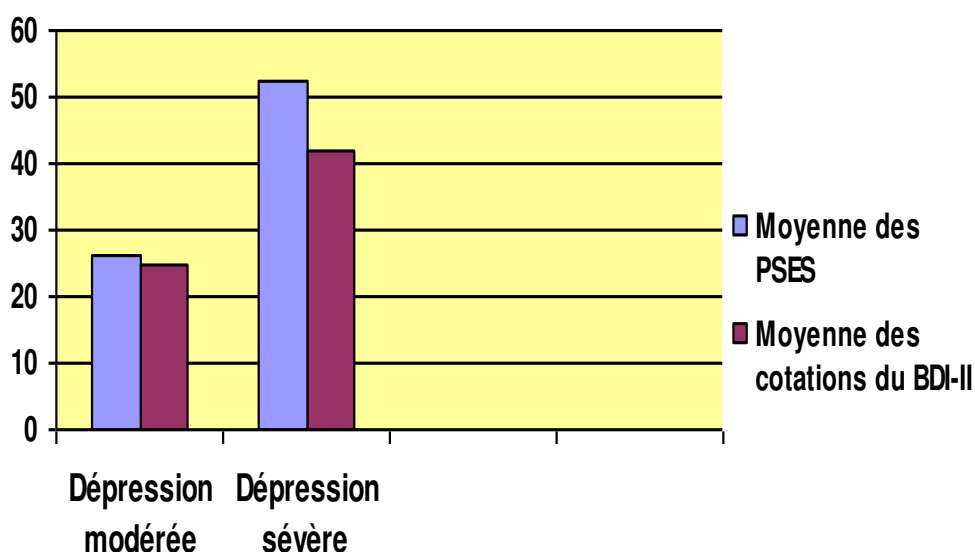
Classification des sujets selon un gradient de gravité de la maladie

sujets	Cotations de dépression selon le BDI-II	
S4	24	Dépression modérée
S2	26	
S8	33	
S10	35	
S7	37	Dépression sévère
S14	39	
S6	40	
S11	41	
S5	42	
S12	43	
S15	44	
S9	45	
S13	46	
S1	47	
S3	49	

Le tableau montre que le classement des sujets selon les cotations de dépression de BDI-II est le même que celui donné par les pondérations standards des événements stressants, ainsi dans la suite de l'étude nous retiendrons le classement donné par ces résultats. De même le BDI-II a permis de faire ressortir deux niveaux de dépression (tableau figure 11) : niveau 1 ; dépression modérée (S4 avec un score de 24, et S2 : S6) et niveau 2 ; dépression sévère (S8, S10, S7, S14, S6, S11, S5, S12, S15, S9, S13, S1, S3 avec des scores respectivement: 33, 35, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49).

Tableau

moyenne des PSES	moyenne des cotations du BDI-II	niveau de la dépression
26,27 ± 0,26	25 ± 0,26	Dépression modérée
52,24 ± 3,05	41,61 ± 1,22	Dépression sévère



Classification des sujets selon un gradient de gravité de la maladie

Nous remarquons à travers cette figure que la classification des sujets selon le degré de l'atteinte émotionnelle permet de retrouver les deux niveaux de gravité de la maladie et confirme les résultats obtenus par les cotations de dépression après l'utilisation du BDI-I.

II-2- Étude éthocomportementale

Les résultats donnés par les questionnaires (à savoir le BDI-II, et le test d'Hamilton), montrent que les quinze (15) patients de l'échantillon sont des dépressifs à différents degrés

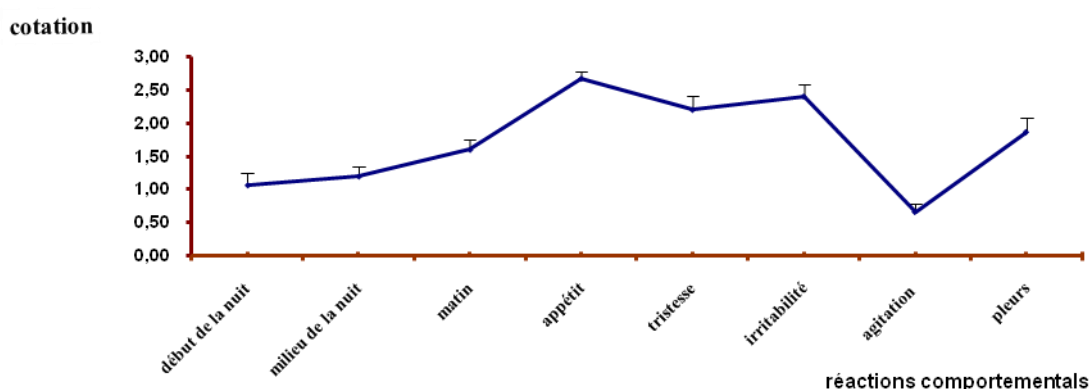
de la maladie puisque, pour la constitution d'un échantillon clinique aussi pur que possible (en termes de symptomatologie dépressive), le seuil est estimé à 17 pour le test du BDI-II, et 15 pour le test d'Hamilton. Cette condition est bien établie pour cet échantillon.

Le sujet devait répondre à plusieurs questions, en choisissant parmi plusieurs propositions la réponse qui exprime le mieux son état et ses sentiments, ce qui a permis d'apprécier l'aspect qualitatif de la maladie, en plus de ça, pour chaque réponse une cotation est donnée ce qui permet d'apprécier l'aspect quantitatif de la maladie. Ainsi a pu être établie l'évaluation qualitative et quantitative des réactions comportementales étudiées.

On représente sur un tableau les différentes réactions comportementales étudiées de chaque sujet et leur cotation, on obtient la représentation suivante (Tableau V) :

Tableau

sujets	début de la nuit	milieu de la nuit	matin	appétit	tristesse	irritabilité	agitation	pleurs
S1	2	2	0	3	3	3	1	2
S2	2	2	2	3	3	3	1	2
S3	1	2	2	3	3	3	1	3
S4	2	1	2	2	2	3	1	2
S5	0	1	2	3	1	2	0	2
S6	1	1	1	3	3	2	0	2
S7	2	1	2	2	1	1	1	3
S8	1	2	2	3	3	3	0	2
S9	1	1	2	3	3	3	1	2
S10	1	1	1	3	3	3	1	2
S11	1	1	2	3	1	3	0	1
S12	1	1	1	2	2	2	0	1
S13	0	1	2	3	2	1	1	0
S14	1	1	1	2	1	2	1	1
S15	0	0	2	2	2	2	1	3
moyenne	1,07 ± 0,18	1,2 ± 0,14	1,6 ± 0,16	2,67 ± 0,12	2,2 ± 0,21	2,4 ± 0,18	0,67 ± 0,12	1,87 ± 0,20



Représentation des moyennes des différentes réactions comportementales étudiées

Le tableau VI et la figure 11 montrent que :

Le trouble du sommeil n'est pas très important au début avec une moyenne de **1,07 ± 0,18**

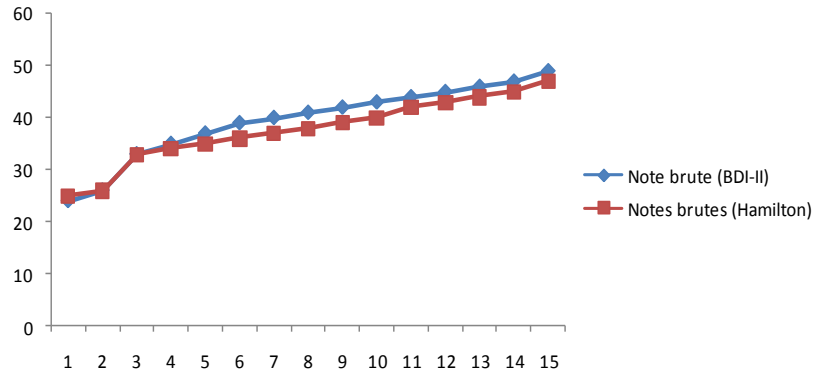
et au milieu de la nuit avec une moyenne de $1,2 \pm 0,14$, il est plus présent vers le matin avec une moyenne de $1,6 \pm 0,16$. On note un grand trouble de l'appétit (moyenne = $2,67 \pm 0,12$), l'humeur dépressive est très nette marquée par un grand sentiment de tristesse ($2,2 \pm 0,21$), des pleurs constamment présents ($1,87 \pm 0,20$), et une personnalité fortement irritable avec une moyenne de $2,4 \pm 0,18$. Le comportement d'agitation est présent mais pas très intense la moyenne notée est de $0,67 \pm 0,12$.

II-3- Étude des dépouillements et cotations des tests

a- Étude des résultats du test d'Hamilton et le BDI-II

Tableau

sujets	note brute (BDI-II)	notes brutes (Hamilton)
S1	24	25
S2	26	26
S3	33	33
S4	35	34
S5	37	35
S6	39	36
S7	40	37
S8	41	38
S9	42	39
S10	43	40
S11	44	42
S12	45	43
S13	46	44
S14	47	45
S15	49	47
moyenne	$39,4 \pm 1,89$	$37,6 \pm 0,29$



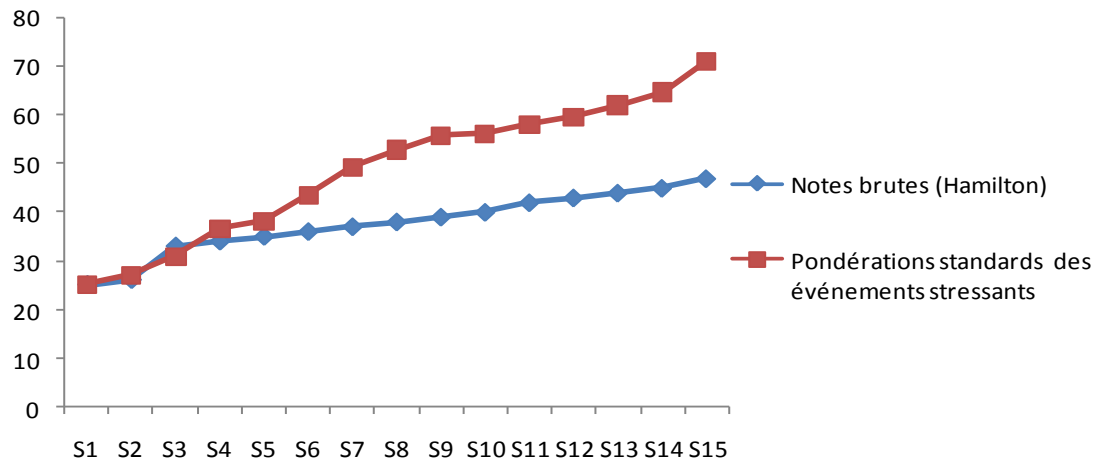
Corrélation des tests d'Hamilton et le BDI-II

D'après le tableau VII et la figure 12 on peut remarquer :
 Qu'il y a une corrélation très nette hautement significative (P^{****}) entre les résultats du test de BDI-II et d'Hamilton, les moyennes sont respectivement : $39.4 \pm 1,89$ et $37.6 \pm 0,29$

b- Étude des résultats du test d'Hamilton en fonction de la liste de Paykel

Tableau

sujets	notes brutes (Hamilton)	pondérations standards des événements stressants
S1	25	25.29
S2	26	27.25
S3	33	30.89
S4	34	36.67
S5	35	38.31
S6	36	43.58
S7	37	49.34
S8	38	52.91
S9	39	55.76
S10	40	56.17
S11	42	58.19
S12	43	59.51
S13	44	62.06
S14	45	64.72
S15	47	71.02
moyenne	$37,6 \pm 0,29$	$48,7 \pm 3,69$



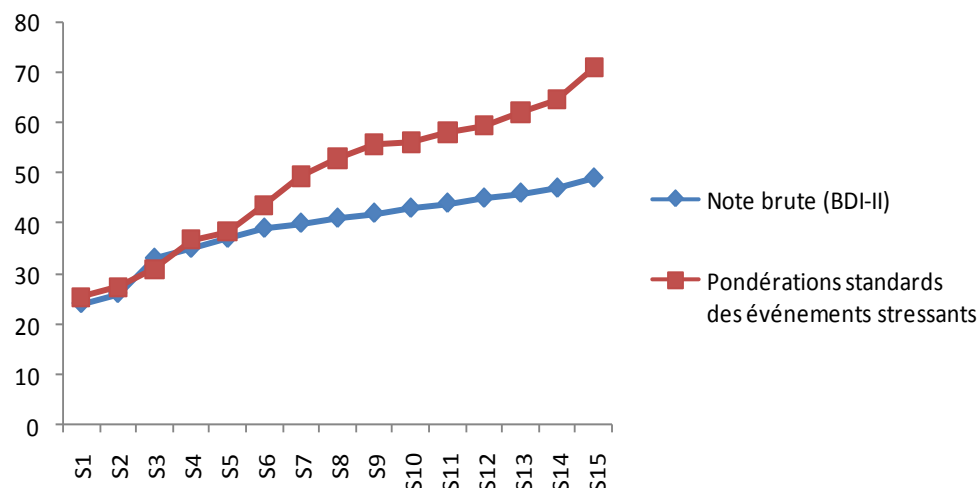
Corrélation des résultats du test d'Hamilton et les PSES

Le tableau VIII et la figure 13 montrent que le sens d'augmentation des cotations d'Hamilton et les PSES est le même, le test statistique montre une corrélation hautement significative ($P < 0,001$)

c- Etude des résultats du test de Beck en fonction de la liste de Paykel

Tableau

sujets	note brute (BDI-II)	pondérations standards des événements
S1	24	25.29
S2	26	27.25
S3	33	30.89
S4	35	36.67
S5	37	38.31
S6	39	43.58
S7	40	49.34
S8	41	52.91
S9	42	55.76
S10	43	56.17
S11	44	58.19
S12	45	59.51
S13	46	62.06
S14	47	64.72
S15	49	71.02
moyenne	39,4 ± 1,89	48,7 ± 3,69



Corrélation des résultats du test de BDI-II et les PSE

Nous remarquons (tableau IX, figure 14) que les cotations de dépression selon le BDI-II augmentent en fonction de l'augmentation des pondérations standards des événements stressants. L'étude statistique montre une corrélation hautement significatif.

DISCUSSION

Interprétation des notes brutes données par le test

L'étude réalisée a concerné une population de dépressive. Face à un stress quel qu'il soit, l'organisme répond toujours par un ensemble de manifestations groupées sous le nom de comportement émotionnel. Cette réponse est naturellement adaptée aux circonstances qui l'ont fait naître et peut revêtir la forme de réaction de plaisir, de tristesse, de défense, d'attaque ou de fuite. Elle peut aller de la simple réaction d'angoisse ou d'anxiété à l'élaboration de comportements complexes et prolongés comme la dépression (Caston, 1993).

L'utilisation de l'échelle de Paykel a permis de faire ressortir les différents événements stressants qui ont marqués le malade durant sa vie, spécialement ceux qui ont déclenchés l'épisode dépressif le précédent de six mois à 1 année environ. Cette échelle a permis de donner une valeur quantitative de l'événement, ainsi, il a été possible de classer les sujets selon un gradient de gravité de l'atteinte émotionnelle. Cette classification a été confirmée par l'utilisation de l'inventaire de dépression de Beck (BDI-II), qui permet aussi de mettre en évidence deux niveaux de gravité de la maladie dépressive :

Niveau 1 → dépression modéré, Niveau 2 → dépression sévère

Discussion des données neuropsychologiques

Les réactions comportementales étudiées retenus d'après le DMS IV sont représentées sous forme d'histogramme, ce sont la tristesse, l'appétit, l'irritabilité, l'agitation, la peur, le sommeil : avec ses trois phases : -début de la nuit - milieu de la nuit - matin

Les caractéristiques recueillies d'après l'étude éthocomportementale concernant notre population de dépressive sont :

- une personnalité facilement irritable, puisque la majorité des patients ont confirmés qu'ils sont devenus constamment irritables avec un score en moyenne de 2.4 ± 0.18 .

- une humeur dépressive, marquée par un sentiment de tristesse constant, et par des pleurs. Zeitter, 1998, confirme que cette humeur ne reste pas centrée sur l'événement déclenchant mais déborde sur les autres champs de conscience de la personne, non directement liée à l'éventuelle perte.

- Des troubles importants du sommeil, des insomnies et se réveille tôt sans pouvoir se rendormir, une caractéristique du comportement chez tous les sujets observés, et c'est surtout au matin, ceci est confirmé par Léo, 1993 (Le matin après une nuit entrecoupée d'insomnies, il se réveille un peu hagard, les yeux cernés, la mine défaite sans pouvoir se rendormir). Troubles du sommeil, en particuliers les réveils matinaux précoces (Zeitter, 1998). L'insomnie est le premier signe d'alarme dès que quelque chose ne va plus dans l'ordre émotionnel. Il faut savoir aussi que la véritable insomnie va souvent de paire avec des signes d'instabilité émotionnelle (Billard, 1988).

- Les troubles de l'appétence, la majorité des cas rapportent une diminution de l'appétit avec une moyenne de 2.67 ± 0.12 . Ceci est rapporté aussi par Zeitter, 1998, (Anorexie avec ou sans perte de poids). Les dérèglements de l'homéostasie (physiologique, comportementales ou les deux à la fois) induisent des modifications de la prise alimentaire, ces dysrégulations se traduisent par des actes consommatoires inappropriés ou bien par des phases transitoires d'anorexie et d'hyperphagie (Burlet, 1988).

- une personnalité plutôt rigide, indifférente, pratiquement tous les sujets montrent une faible agitation parfois même aucun signe d'agitation, on peut dire que la population étudiée ne montre aucun signe de nervosisme. Zeitter, 1998, parle de sujet prostré, ne présente aucune réaction, ne bouge ni parle beaucoup et annonce une asthénie. Le tableau est celui de la stupeur.

La réalisation de la réponse (comportement émotionnel) aux événements stressants extérieurs ou intérieurs peut, selon sa forme, mobiliser les systèmes de la vie de relation, de la vie végétative, les processus instinctifs et mnésiques.

L'étude comportementale révèle ainsi des troubles à différents niveaux qui sont mis en évidence et confirmés par Scherer, 2001.

Des troubles au niveau du système cognitif marqués par le trouble du sommeil, incapacité à penser à plusieurs choses en même temps, fixation sur une idée, incapacité de se concentrer ;

Des troubles au niveau du système psychophysiologique marqués par insomnie, réveils nocturnes, insomnie d'endormissement ou matinale, anorexie ou hyperphagie (avec variations corrélatives du poids), asthénie ;

Des altérations très marquées au niveau du système motivationnel marquées par la négligence corporelle, perte du dynamisme, reste de nombreuses heures ou toute la journée au lit ;

Le système moteur est révélateur de cette personnalité altérée sur le plan comportemental : un Repli, isolement, mouvements rares ou ralentis ;

L'étude ethocomportementale a permis de faire ressortir les caractères intérieurs de la personnalité marqué par des sentiments subjectifs : des pleurs, une tristesse, irritabilité.

Les ressources personnelles contribuent à faire en sorte que chaque individu réagisse différemment au stress. En s'appuyant entre autre sur (Daillard, 2002), on peut dire que les ressources personnelles pour faire face à une situation de crise, sont multiples. Citons en quelques unes : Les seuils de perceptions psychologiques et biologiques ; l'intelligence, qui peut favoriser une évaluation plus approfondie autant de la situation que de ses propres capacités à y répondre ; Les types de personnalité notamment entrevus dans les observations de (Franc 1996), Ces auteurs montrent qu'il existe plusieurs types de comportement ayant des buts d'existence fondamentalement différents.

Ainsi un comportement de type A serait caractérisé par un sentiment d'urgence, de compétitivité et d'hostilité, alors qu'un comportement de type B serait plutôt, la recherche du temps libre, du plaisir, de la réalisation de soi, etc. Ces types de comportement seraient responsables d'une évaluation différente de la situation et de ses capacités individuelles. Le taux de stress serait alors changé.

D'autres pans de personnalité auraient en outre aussi une influence sur la réaction de stress, comme c'est le cas avec l'extraversion ou l'introversion, où les personnes ne - pouvant parler de leurs problèmes sont plus victimes de maladies ; l'état psychologique- physiologique (cognitif et émotionnel), qui interfère énormément dans l'évaluation autant de la situation que de sa propre personne.

Ainsi une personne déprimée sera bien moins à même de faire une double évaluation en sa faveur ; l'expérience passée, puissant modulateur de stress qui permet autant de relativiser que de dramatiser la situation présente; Les croyances, dont des croyances irrationnelles qui sont des « ouvertures à la détresse », parce que créant un stress supplémentaire. Ces croyances sont du type : « tout le monde devrait m'aimer », ou encore « je devrais être le meilleur au moins dans un domaine », etc.

D'autres formes de croyance peuvent aussi moduler notre stress, comme le fait de croire en Dieu, en la Science, en l'Amour, etc. Ces croyances nous aident à supporter les aléas de l'existence, ils fixent une base solide sur laquelle repose dans un environnement en perpétuel mouvement.

Les ressources personnelles sont donc, comme on peut le voir, multiples. Ces ressources sont toutes plus ou moins différentes pour chaque individu et il se peut aussi que certaines ressources soient partagées plus que d'autres. Pourtant, si l'on dressait le profil psychologique des ressources de chacun, il y a de fortes chances pour que chaque individu soit différent des autres. Cette différence pourrait être une explication de la diversité des réponses en situation stressante.

Dans l'ensemble de ces remarques retiré par l'étude on peut parler d'une personnalité qui rassemble les critères entre la personnalité de type A et la personnalité de type B, (il n'existe pas de personnalité de type exclusivement A ou B, du moins sur l'ensemble de notre population) qui sont représentées comme un risque de survenue de la dépression (Friedman, 1991). L'utilisation de l'autoquestionnaire de Bortner, qui aurait été bénéfique pour faire ressortir les différents types de personnalité mais il n'a pas été possible de l'avoir.

Les problèmes rencontrés dans l'étude de la dépression réactionnelle sont portés surtout pour la vérification des réponses des sujet étudiés, étant donné que les sujets semblés consciencieux de la qualité de leur réponses, soit par orgueils, ou par honte, soit que les réponses ne concordés pas avec leur croyances et leurs principes, soit parce que le sujet arrivé mal à comprendre la question ou bien le sujet éviter carrément de répondre ; c'est

pourquoi l'utilisation de deux tests (BDI-II, et le test d'Hamilton) a été bénéfique, dans le sens où la même question a été posée de deux manières différentes, donc il a été possible de comparer les deux réponses, en plus de l'observation et de l'avis du psychiatre, il faut noter que dans la dépression réactionnelle le sujet est conscient de son état, de ses réponses, de tout ce qu'il l'entoure.

Relation stress – dépression

Une corrélation entre les cotations de dépression donnée par le test d'évaluation de la dépression (le test du BDI-II) et les pondérations standards des événements stressants donnés par la liste réduite de Paykel, dans le but de mettre en évidence la relation entre les événements stressants et la genèse d'un épisode dépressif. Les résultats statistiques démontrent qu'il y a une corrélation hautement significative entre les deux axes PSES et cotations.

Ces résultats concordent avec les résultats de Teboul (1997) : « ... On comprendra facilement que cette réponse prolongée au stress épuise les ressources de l'organisme et s'accompagne et/ou entraîne d'autres symptômes de la dépression : manque d'énergie, d'intérêt, de concentration, humeur dépressive, évaluations négatives de soi-même, de l'environnement et de l'avenir ».

L'évaluation des événements stressants par la liste de Paykel a permis de classer les sujets selon un gradient de l'atteinte émotionnelle, cette catégorisation a été confirmée par les résultats du test de BDI-II, ceci informe sur le rôle de l'événement stressant quotidien dans l'expérience et l'expression de l'émotion. (L'événement se définit par ce qui advient, ce qui arrive à titre de faits mais que l'on restreint d'ordinaire à ce qui est important et implique un changement. L'événement est une rupture dans la continuité et l'ouverture sur des possibles, l'événement traumatique est caractérisée par un bouleversement affectif dans l'organisation psychique du sujet qui dépasse sa tolérance et sa possibilité de réponses immédiates. La notion de traumatisme a elle-même été envisagée sous des approches différentes en fonction du temps séparant traumatisme et réponse (Ferrerri 1987).

- l'événement traumatisant précède de peu la rupture dépressive, il apparaît comme un facteur précipitant.
- l'événement traumatisant est ancien, survenant dans l'enfance du sujet, il le fragilise et apparaît ultérieurement à l'âge adulte comme facteur prédisposant.

Les événements traumatisants les plus marquants se sont produits dans les six mois à un an avant la survenue de leur épisode dépressif ces arguments sont recueillis d'après les réponses des sujets et de leur proche, parmi eux certains vivent toujours ces événements, d'autres en plus de leur situation actuelle montre un cumul de stress d'événements vécu précocement, ces événements quotidiens peuvent avoir un aspect quantitatif (cumul d'événements traumatisants) fragilisant la personnalité et la prédisposant à la maladie dépressive ou bien avoir un aspect qualitatif agréable ou désagréable et avoir le même effet.. Ces résultats sont observés chez les sujets masculins et chez les sujets féminins. Ceci concorde avec les résultats de Delbende et al., 1991 « Dans les dépressions de toutes nature névrotique et psychotique, les échelles d'événements de vie (événements vitaux négatifs) ont objectivé dans les six mois ou l'année qui précède la dépression une plus grande quantité de ces événements ».

Conclusion

On parle d'événements de vie pour désigner toute situation survenant fréquemment ou de manière occasionnelle et qui nécessite de la part du sujet un effort d'adaptation. Tous ces événements ne sont pas forcément nocifs. Le mariage et une promotion sont considérés comme événements de vie au même titre qu'un deuil ou un échec, même si les scores donnés à ces événements sont différents. Le stress ne se résume cependant pas au score total des événements de vie au cours de la période écoulée, il dépend des perceptions du sujet, de ses représentations mentales et ses attitudes.

Les résultats obtenus par les corrélations montrent l'existence de liens étroits entre stress et dépression qui ne font pas de doute, la nature de ces liens est certainement complexe, tant sur le plan clinique que neurochimique. Les recherches sont actuellement actives dans les deux domaines.

Nous avons constaté à travers cette étude que la religion, les croyances et l'éducation socioculturelle jouent un rôle important, et influence la façon d'interpréter et de comprendre sa maladie et la difficulté d'accepter certaines faiblesses, et en même temps avoir une force de se battre et ne pas sombrer dans le désespoir.

Nous avons travaillé sur des sujets algériens, nous n'avons pas de profil pour la personnalité dépressive algérienne ou même proche donc il nous est difficile de comparer avec les résultats de la littérature, il semble clair qu'une recherche épidémiologique dans ce sens, et un étalonnage des tests soit une nécessité absolue.

Il semble que l'âge n'est pas un indicateur de risque de survenue de la dépression réactionnelle chez les sujets de sexe masculins, alors que chez les sujets de sexe féminins il peut être considéré comme un indicateur de risque de survenue.

Les déterminants impliqués dans la survenue d'une dépression sont multiples et hétérogène. L'étude des événements de vie situe le sujet dans sa relation dialectique à l'environnement. Relation complexe dont les intervenants qui interagissent ne peuvent être repérés comme des paramètres stables répondant sur un mode univoque. Les résultats obtenus par l'utilisation de l'échelle de Paykel montrent que les événements quotidiens jouent un rôle important dans l'expérience et l'expression émotionnelle. « Ces life events » ou « stress » peuvent avoir un aspect qualificatif (cumul d'événements traumatisants) fragilisant la personnalité et la prédisposant à la maladie dépressive, ou bien avoir un aspect qualitatif agréable ou désagréable et avoir le même effet. Ces life events peuvent également précéder de quelques mois la rupture dépressive et prendre un caractère précipitant (Journal du praticien, 1994).

La dépression réactionnelle se produit plus volontiers chez des patients anxieux, émotifs, scrupuleux, et introvertis qui ont un besoin permanent d'affection, d'encouragement et d'estime pour trouver leur équilibre (Lechemia, 1995). Le type de personnalité est facteur majeur dans l'installation de l'épisode dépressif, l'étude éthocomportementale montre qu'il s'agit de la personnalité de type A.

Il semble que, quelque soit les causes et peut être même la date de survenue des états dépressifs ces derniers résultent d'une situation traumatisante qui perdure par un stress chronique – même léger qui persiste chez un sujet déséquilibré qui a perdu la maîtrise de la situation

Bibliographie

1. Billard M. (1988). Les troubles du sommeil et de l'éveil. *Encycl. Méd. Chir. , Neurologie*, 17025B10. 8p.
2. Burlet CL. (1988). Stress et comportement alimentaire. *Annales d'endocrinologie*, Paris, 49: 141- 145.
3. Burleson W., Picard R. W., Perlin K. Lippincott J. (2004). "A Platform for Affective Agent Research" Workshop on Empathetic Agents, International Conference on Autonomous Agents and Multiagent Systems Columbia University, New York, NY.
4. Delbende C; Delarue C; Lefebvre H; Tranchand Bunel D; Szafarczyk Mocaer E; Kamoun AJS; Vaudry H.(1992). Glucocorticoïdes, transmetteurs de stress, *British Journal of Psychiatry*, vol.160, supplément 15 : 24-35.
5. Friedmann. (1991). *Le cerveau mobile*. Herman, Paris.
6. Franck E., Anderson B., Reynolds C.F., Ritenour A., Kupfer D.J. (1994). Life evens and the reaserch diagnostic criteria endogenous subtype. *Arch. Gen. Psychiatry*; 51: 519-524.
7. Ferreri M; Vacher J; Alby JM. (1987). Evenements de vie et dépression. *Encycl., Med, Chir. Journal du praticien* N 9 –Décembre, 1994
8. Lechemia D. (1995). *Les Dépressions : de la prévention à la guérison*-Editon Dahlab, Le Doux J L. (1993). Emotional memory: in search of systems and synapses, *Ann N Y, Acad.Sci*; 149-157.
9. Ledoux, J L. (2003). *Neurobiologie de la personnalité*, éd. Odile Jacob, Lazarus, 145., R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York : Plenum Press.
10. Lôo H; Lôo P. (1993). La dépression, *Que sais- je ? P.U.F*, Paris : 32-92.
11. 131. Lôo H; Lôo P. (2001). Classification et évaluation des dépressions. 5eme édition. In : *La dépression*. Ed. Par Press Universitaire Française Paris : PUF, P55-68.
12. Scherer, K. R. (2000). Emotions as episodes of subsystem synchronization driver by nonlinear appraisal processes. In M. D. Lewis & I. Garnic (Eds.), *Emotion, development, and selforganization: Dynamic systems approaches to emotional development* (pp. 70-99). Cambridge &New York : Cambridge University Press.
13. Teboul E. (1997). Dépression majeur : quand la réponse au stress se détraque, dans le clinicien.
14. Zeitter C. (1998). Syndrome dépressif. *Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris)*, *Encyclopédie Pratique de Médecine*, 7- 0080, 7p.