

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE – LILLE 2

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2011/2012

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Parentés cognitives entre la dépression et le trouble de la personnalité
dépendante.**

Présentée et soutenue publiquement le mardi 11 septembre 2012 à Lille

Par Jean-Baptiste MARTIN

Jury

Président : Monsieur le Professeur P. THOMAS

**Assesseurs : Monsieur le Professeur G. VAIVA
Monsieur le Professeur O. COTTENCIN**

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur C. VERSAEVEL

Plan

Introduction.....	3
I. Dépendance et Estime de soi.....	4
1. Concept de dépendance.....	4
2. Approche catégorielle.....	5
3. Approche dimensionnelle.....	6
3.a Spectre psychopathologique de la « dépendance/ incompétence » : manque de confiance en ses capacités.....	7
3.b Spectre psychopathologique de l' « attachement/ abandonnique » : manque d'amour de soi et insécurité affective.....	7
4. Approche psychanalytique.....	8
5. Dépendance: trait ou état?.....	9
6. Lien entre dépendance et dépression.....	9
6.a Dépendance primaire.....	9
6.b Dépendance secondaire.....	10
7. Concept d'estime de soi.....	11
7.a Définition.....	11
7.b Amour de soi.....	12
7.c Confiance en soi.....	12
7.d Vision de soi.....	13
8. Estime de soi, dépendance et dépression.....	14
9. Estime de soi et biais attributifs.....	17
II. Dépression.....	18
1. Définition catégorielle.....	18
2. Définition dimensionnelle.....	19
3. Psychopathologie et mécanisme de projection du modèle psychanalytique : les prémisses de l'attribution.....	20
4. Rappel historique de la construction du modèle cognitiviste.....	21
5. Concepts fondamentaux.....	23
5.1 Comportement.....	24
5.2 Cognition.....	24
5.3 Emotion.....	25
6. Modèles cognitifs de la dépression.....	26
6.1 Kelly et la théorie des « Personal Constructs ».....	26
6.2 Ellis et le thérapie rationnelle émotive.....	27
6.3 Le modèle de Seligman (1970), l'attribution externe expérimentée par l'impuissance apprise.....	27
6.4 Modèle de Beck.....	29
a- Présentation du modèle de traitement de l'information.....	29
b- Schémas.....	32
c- Processus cognitifs et biais d'attributions.....	34
d- Événements, produits cognitifs.....	40
e- Triade cognitive.....	41

III. Concepts d'attribution.....	42
1. Concept d'attribution causale développé par Fritz Heider.....	42
2. Concept de la théorie de l'apprentissage et de la théorie sociale cognitive (TSC) de Bandura.....	42
3. Théorie "Locus of Control" (Rotter).....	44
3.1 Historique.....	44
3.2 Facteurs influençant le locus de contrôle.....	46
3.3 Norme d'internalité.....	46
3.4 Arguments en faveur de la théorie du Locus of Control.....	47
3.5 Biais de la représentation.....	47
3.6 Instruments.....	47
IV. Parentés cognitives entre sujets dépressifs et sujets dépendants.....	49
1. Place de la dépendance dans la vulnérabilité cognitive à la dépression.....	49
1.1 Les cognitions en lien avec l'approbation.....	49
1.2 Les cognitions en lien avec l'amour.....	51
1.3 Les cognitions en lien avec la réussite.....	51
1.4 Les cognitions en lien avec le perfectionnisme.....	52
1.5 Les cognitions en lien avec l'omnipotence.....	52
1.6 Les cognitions en lien avec la conscience de son propre droit.....	53
1.7 Les cognitions en lien avec l'autonomie.....	53
2. Influence du lieu de contrôle comme dimension de la personnalité dépendante.....	54
Discussion.....	59
Conclusion.....	64
Références bibliographiques.....	65
Annexe.....	73

Introduction

Les théories et la recherche expérimentale ont montré qu'il existe une association forte entre le trouble de la personnalité (TPD) et la dépression. Différentes hypothèses ont été décrites pour conceptualiser les liens entre ces deux entités.

L'hypothèse qui nous intéresse particulièrement dans ce travail suggère que le trouble de la personnalité dépendante et la dépression appartiennent au même spectre psychopathologique. La dépression, les cognitions dépressives, la dépendance et la faible estime de soi sont des dimensions fortement corrélées et pourraient représenter des facettes d'un facteur plus général de psychopathologie. La dépendance en serait ainsi la facette interpersonnelle, la dépression et l'estime de soi seraient d'autres facettes de ce facteur général.

Cette hypothèse envisage la présence d'un facteur cognitif commun, le phénomène d' «attribution externe», comme lien de corrélation entre la dépendance et la dépression.

L'objectif de ce travail sera donc dans un premier temps, de définir les concepts de dépendance, d'estime de soi et de dépression ainsi que de détailler les différentes théories des attributions. Dans un second temps, nous étudierons, notamment à travers les mécanismes d'attribution, les parentés cognitives existant entre ces deux entités, et leur rôle dans l'étiopathogénie de la dépression. Enfin, nous discuterons dans quelle mesure ces mécanismes d'attribution influencent l'interrelation existant entre la dépendance pathologique et la dépression, avant de conclure.

I. Dépendance et estime de soi

I.1 Concept de dépendance

La dépendance est inhérente à la nature humaine. L'être humain naît dans un état de totale dépendance. Sa survie, depuis le premier souffle, dépend exclusivement de son entourage. Le petit enfant, par la suite, reste aussi très dépendant de son entourage, non plus seulement pour sa survie physique, mais aussi pour son développement psychologique. Au cours de sa vie, l'être humain va constamment entretenir des comportements de dépendance, physiologique (air, aliments, climat..) mais aussi et plus spécifiquement relationnelle, en lien avec la vie sociale. Ces dépendances naturelles contribuent au développement et au maintien d'un équilibre psychologique. Il s'agit des liens que l'être humain va tisser avec son environnement (d'abord les parents, puis la famille, les amis, le conjoint, les relations professionnelles,...)

C'est la diversité des liens de dépendance, d'attachements ou de satisfactions substitutives qui va permettre à la personne de trouver une assise psychologique. Les tendances à la dépendance sont donc normalement présentes chez chacun d'entre nous sans que cela ne soit problématique. Toutefois cette dépendance varie d'une personne à l'autre mais peut également varier chez une même personne au cours de la vie. Tout le développement psychique d'un individu tend à l'éloigner de la dépendance dans laquelle il naît, en construisant la perception, puis la représentation d'une temporalité et en trouvant, en cas de manque, des satisfactions substitutives, par le déploiement des ressources internes: c'est le développement des processus secondaires et de la pensée.

La dépendance devient pathologique quand il y a souffrance, c'est-à-dire quand elle entraîne un retentissement observable et négatif sur le fonctionnement global de l'individu (souffrance pour la personne et/ou son entourage, comorbidités, complications à type de dépression, de passage à l'acte auto/hétéroagressif..).

Si la dépendance pathologique évoque souvent une problématique de la séparation, c'est que les ressources internes et satisfactions substitutives que constituent les processus de la pensée ont échoué, au moins partiellement. Pour compenser son manque de sécurité interne, le sujet dépendant cherche un étayage externe, dans un attachement objectal exclusif qui le protégera d'un vide intérieur ou d'une blessure narcissique profonde. Philippe Jeammet(1) définit la dépendance comme l'utilisation, à des fins défensives, de la réalité perceptivo-motrice comme contre-investissement d'une réalité psychique défailante ou, à l'inverse, menaçante. Ce fonctionnement mental devient problématique et pathologique quand il s'exerce sur un mode prévalent et durable. Vont ainsi

devenir dépendants ceux qui vont utiliser, de manière contraignante, la réalité matérielle pour échapper à une réalité psychique sur laquelle ils ne peuvent s'appuyer, car elle n'offre pas la sécurité interne nécessaire.

Le concept de dépendance, en psychiatrie peut se concevoir selon 2 modalités: catégorielle et dimensionnelle. Nous allons maintenant détailler ces deux approches.

I.2 Approche catégorielle

Pour mieux distinguer la dépendance normale de la dépendance pathologique et individualiser cette dernière, les classifications internationales ont défini un trouble de la personnalité dépendante (TPD). Les critères retenus mettent en avant dans ces troubles l'angoisse de séparation ainsi que la crainte anticipatoire de l'abandon.

La nosographie internationale décrit le trouble de personnalité dépendante de la façon suivante (critères DSM IV)(2):

« Besoin général et excessif d'être pris en charge qui conduit à un comportement soumis et "collant" et à une peur de la séparation, qui est présent au début de l'âge adulte et dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes:

1. le sujet a du mal à prendre des décisions dans la vie courante sans être rassuré ou conseillé de manière excessive par autrui.
2. a besoin que d'autres assument les responsabilités dans la plupart des domaines importants de sa vie.
3. a du mal à exprimer un désaccord avec autrui de peur de perdre son soutien ou son approbation.
4. a du mal à initier des projets ou à faire des choses seul (par manque de confiance en son propre jugement ou en ses propres capacités plutôt que par manque de motivation ou d'énergie).
5. cherche à outrance à obtenir le soutien et l'appui d'autrui, au point de faire volontairement des choses désagréables.
6. se sent mal à l'aise ou impuissant quand il est seul par crainte exagérée d'être incapable de se débrouiller.
7. lorsqu'une relation proche se termine, cherche de manière urgente une autre relation qui puisse assurer les soins et le soutien dont il a besoin.
8. est préoccupé de manière irréaliste par la crainte d'être laissé à se débrouiller seul.

Il est important de mentionner que la personnalité dépendante coexiste souvent avec d'autres troubles de la personnalité (borderline, évitante..) et de l'humeur parfois difficiles à distinguer. Le degré selon lequel des comportements dépendants sont considérés comme adaptés varie selon l'âge et le groupe socioculturel.

Sur les 9 critères, plusieurs évaluent l'attachement en insécurité en mesurant la protestation face à la séparation (critère 7) et la crainte de la perte (critère 8). D'autres critères mesurent la dépendance proprement dite comme la faible estime de soi (critères 4 et 6), le besoin de conseil et de réassurance (critère 1), le besoin d'approbation (critère 3), la soumission (critère 2 et 5).

Cette approche catégorielle confine donc, par définition, l'individu dans un modèle stable et immuable durant la majeure partie de sa vie.

I.3 Approche dimensionnelle

L'entrée dans la dépendance s'effectue par périodes, lorsque ce besoin est plus important (fragilisation par des conflits, des événements de vie ou un épisode dépressif) et que la personne présente une vulnérabilité de l'estime de soi héritée du passé (manque de construction d'une base interne de sécurité suffisante se manifestant sous la forme d'un manque d'amour de soi, d'un sentiment identitaire friable, d'une angoisse affective et d'un manque de confiance en ses capacités). La classification catégorielle n'est pas bien adaptée pour poser le diagnostic chez ces patients rencontrés en pratique quotidienne. Pour poser le diagnostic de personnalité pathologique, le patient doit être dans un fonctionnement d'intensité pathologique depuis le début de l'âge adulte, ce qui n'est pas toujours le cas. Les études et la clinique montrent que les patients peuvent « guérir » de leur dépendance affective. L'approche dimensionnelle des troubles de la personnalité et les travaux sur l'estime de soi paraissent une voie prometteuse pour réconcilier la psychiatrie avec la clinique de la dépendance(3).

L'approche dimensionnelle considère l'individu selon un continuum représentant un degré de dépendance. Il n'existe pas de seuil précis de dépendance pour définir une dépendance pathologique, mais un ensemble de variations de traits normaux de la personnalité.

Livesley(4) a identifié deux dimensions comme étant le socle des phénomènes de dépendance psychique. Certains critères de la personnalité dépendante se rapprochent de ceux de la personnalité évitante dans un spectre commun que l'on peut nommer « dépendance/ incompetence », tandis que d'autres critères se rapprochent de ceux de la personnalité borderline dans un autre spectre nommé « attachement/ abandonnique ».

a) Spectre psychopathologique de la « dépendance/ incompetence » : manque de confiance en ses capacités

L'idée centrale est : *«Je suis incompetent et incapable, donc je dois dépendre des autres.»*

La personne se croit incapable de faire face aux responsabilités et de se prendre en charge elle-même. Elle déteste et redoute d'affronter seule les choses nouvelles et reste dans l'évitement. Elle apparaît comme infantile et réduite à l'impuissance. Elle entreprend peu et est contrainte à l'échec, ce qui renforce son sentiment d'incapacité. Ses seules possibilités sont, soit de trouver d'autres personnes pour s'occuper d'elle, soit de ne pas fonctionner. Les personnes qu'elle trouve pour répondre à ses besoins sont des parents ou leurs substituts, c'est-à-dire des personnes qui ont elles-mêmes induit ce schéma de dépendance.

b) Spectre psychopathologique de l' «attachement/ abandonnique»: manque d'amour de soi et insécurité affective

Cette fois, l'idée centrale est *«Je ne mérite pas d'être aimé. On ne m'aime pas.»*

C'est la perception du manque de stabilité ou de fiabilité dans le lien relationnel qui existe entre le sujet et les personnes importantes de sa vie. La relation à l'autre n'est jamais pleinement sécurisante, le sujet vit dans une crainte permanente d'être abandonné. Il peut se comporter par une proximité excessive vis-à-vis d'autrui, être possessif et avoir besoin de tout contrôler.

De ce fait, affronter seul certaines difficultés ou vivre des frustrations affectives peut dépasser les ressources internes ou externes de ces sujets. Les conséquences à court terme sont le désespoir, l'apparition d'affects et de cognitions dépressives, ainsi que des idées suicidaires avec éventuels passages à l'acte qui visent à interpeller l'entourage.

I.4 Approche psychanalytique

Le modèle psychanalytique décrit d'abord la personnalité en termes de niveaux et d'instances à partir de la conception freudienne de l'appareil psychique(5–8). Sur une telle base topique (système conscient-préconscient-inconscient, rôles du ça et du surmoi sur la constitution du moi) et dans l'organisation de la personnalité au cours du développement, vont intervenir des facteurs dynamiques et économiques permettant d'assurer la cohésion et la continuité du fonctionnement du moi. Ceux-ci sont particulièrement mis en jeu lorsque l'investissement de la relation à l'autre nourrit ou met en péril l'équilibre narcissique du sujet, voire plus profondément les bases mêmes de son identité.

L'approche psychanalytique considère que l'être humain comme tout organisme vivant est dépendant de son environnement. Cette dépendance, maximale pendant les premières années de vie, évolue pour faire place à une relation plus équilibrée où l'échange dans la complémentarité et l'opposition, toutes deux tolérables et tolérées, prennent le pas sur la dépendance initiale.

Ce sont les parents et singulièrement la mère qui, à la naissance et durant les premières années, vont aider l'enfant à répondre aux contraintes de dépendance qui pèsent sur lui. Progressivement l'enfant intériorise ce rôle facilitateur et régulateur des parents. Son appareil psychique prends le relais de ceux-ci et occupe une fonction de tampon et de filtre entre les exigences internes, les besoins physiologiques, les pulsions et les contraintes de l'environnement.

Ainsi, parler de dépendance d'un point de vue psychopathologique, c'est se référer au fonctionnement de l'appareil psychique et à ses avatars. Le seul comportement ou symptôme ne peut servir de référence unique et des comportements en apparence opposés peuvent dépendre d'une problématique psychique semblable. Ainsi, selon la façon dont le sujet l'éprouve et l'accepte, une même dépendance non résolue peut se traduire par un comportement d'attachement exacerbé et d'agrippement à ses objets primaires luttant contre un vécu abandonnique ou par une attitude d'opposition et d'évitement. Dans les deux cas, la référence au fonctionnement mental permet d'inférer les failles des processus précoces d'intériorisation et de constitution des assises narcissiques(9,10).

Ainsi, l'approche psychanalytique aborde les problématiques de dépendance dans leurs dimensions historique et développementale et ce, dans la perspective d'un continuum du normal au pathologique.

I.5 Dépendance: *trait ou état?*

La dépendance comme un trait de personnalité semble donc s'inscrire comme un mode de fonctionnement général, stable et durable dans le temps. Il comprend la manière habituelle dont le sujet perçoit son environnement et sa propre personne mais aussi la façon qu'il a de se comporter habituellement et de réagir dans les divers domaines de sa vie (famille, travail, loisirs, couple..)

Cependant, dans certaines situations, quelle que soit sa personnalité, la dépendance à l'égard de l'autre peut s'accroître. Un sujet, souffrant de dépression ou à la suite d'événement de vie difficiles, ressent davantage le besoin de s'attacher à l'autre en recherchant un soutien, un réconfort(11). D'autres situations, pouvant altérer l'estime de soi, majorent également l'expression de la dépendance. Il s'agit donc d'états transitoires de dépendance qui tendent à disparaître après restauration de l'estime de soi et dépassement de ses événements de vie.

I.6 Lien entre dépendance et dépression

Certains auteurs différencient 2 types de dépendance(12): primaire et secondaire.

a) Dépendance primaire

Les traits de dépendance que l'on retrouve chez certains patients déprimés semblent avoir précédé les symptômes de la dépression. Ils relèveraient donc d'une dépendance dite primaire pathologique dont les causes se retrouvent dans l'interaction entre le ressenti du sujet et son environnement dans le passé. C'est dans l'enfance par les multiples interactions interpersonnelles que se construisent le manque d'amour de soi, l'insécurité affective et le manque de confiance en ses capacités qui s'expriment, à l'âge adulte, par une psychopathologie de type « dépendance/incompétence » ou « attachement/abandonnique ». Deux facteurs interagissent pour construire ces spectres psychopathologiques:

- Les facteurs endogènes: l'hypersensibilité de l'enfant servant un vécu émotionnel intense des événements, peut reposer sur un corrélat neurobiologique. A la base de ces mécanismes, Battaglia a notamment identifié des variations des transporteurs cérébraux de la sérotonine(13), innées ou acquises par modification de l'expression des gènes par un phénomène épigénétique(Weaver and al, 2004)(14). Dans ces circonstances, les enfants ont souvent ressenti une angoisse de séparation manifeste.

- Les facteurs exogènes: Bornstein a ainsi démontré que des comportements parentaux sur-protecteurs (qui risquent d'induire un comportement de recherche d'aide auprès des autres) ou trop autoritaires (qui pousseront l'enfant devenu adulte à accepter sans discuter les demandes des autres par crainte d'être rejeté) entraînent de forts taux de dépendance chez ces enfants. Nous pouvons également mentionner les événements de vie à valeur traumatique et/ou altérant l'estime de soi (maltraitance, deuil, séparation, abandon, maladie grave..).

b) Dépendance secondaire.

La dépendance secondaire correspond aux traits post-morbides retrouvés fréquemment chez les patients ayant présenté un épisode dépressif majeur et engendrant une augmentation de la dépendance interpersonnelle.

La stratégie thérapeutique sera différente après identification de ces 2 types de dépendance(15).

De façon plus approfondie, les théories et la recherche expérimentale ont montré que les liens entre dépendance pathologique et dépression sont parfois étroits, ou du moins existe-il une association forte entre ces deux entités.

Différentes hypothèses, non mutuellement exclusives, ont été décrites pour conceptualiser les liens entre trouble de la personnalité dépendante et dépression:

1° La première hypothèse considère que la coexistence de ces deux troubles serait le fruit du hasard, hypothèse également dénommée de la « pathoplasticité », désignant une influence mutuelle sans relation de causalité.

2° La seconde hypothèse est que certaines de ces caractéristiques de personnalité (dont le TPD) prédisposeraient à la survenue d'épisodes dépressifs majeurs comme des facteurs de vulnérabilité ou de « prédisposition » à la dépression(16–18). Le névrosisme (dimension associant l'instabilité émotionnelle, l'anxiété, l'irritabilité et la nervosité), la labilité émotionnelle, l'asthénie, la timidité et le manque de confiance en soi et les cognitions d'attribution externe ont été identifiés comme des facteurs prémorbides qui, en interagissant avec des événements de vie stressants, peuvent induire un épisode dépressif (épuisement de l'entourage, rejet par celui-ci de la personne dépendante).

3° *La troisième hypothèse* est que l'état dépressif pourrait engendrer une dépendance réactionnelle et non pathologique. La sollicitation de l'entourage vise à restaurer l'équilibre psychique de l'individu. Dans cette hypothèse, la dépendance se définit comme la mesure dans laquelle l'estime de soi d'une personne est maintenue presque exclusivement par l'approbation et le soutien d'autrui.

4° *La quatrième hypothèse* est que la dépression pourrait modifier certains traits de personnalité(19,20). Les modifications de la personnalité apparaîtraient alors comme une complication, une « cicatrice » de la dépression (« dépression secondaire »). On retrouve dans ces traits postmorbides une augmentation des notes de dépendance interpersonnelle (facteur le plus spécifique), de labilité émotionnelle, d'introversion et de rigidité, ainsi qu'une diminution des notes de force émotionnelle et d'adaptation au stress(21).

5° *La cinquième hypothèse* est que les troubles de la personnalité et la dépression appartiendraient au même spectre psychopathologique. En 1991, Birtchnell et al.(22) démontrent que la dépression, les cognitions dépressives, la dépendance et la faible estime de soi sont des dimensions fortement corrélées. Ces quatre dimensions représenteraient les facettes d'un facteur plus général de psychopathologie. La dépendance en serait la facette interpersonnelle et la dépression et l'estime de soi seraient d'autres facettes de ce facteur général.

Dans ce contexte général, la présence d'un facteur cognitif commun comme dysfonction au niveau du style d'attribution (phénomène d'« attribution externe ») semble associé à la dépendance et à la dépression. C'est ce que nous développerons par la suite.

I.7 Concept d'estime de soi

a) *Définition*

Il n'existe actuellement pas de définition consensuelle de l'estime de soi, pourtant l'une des dimensions les plus fondamentales de notre personnalité. En effet, l'estime de soi est un phénomène complexe, impalpable, discret.. En France, contrairement aux États-Unis où le terme « *self esteem* » fait partie du vocabulaire courant, nous avons longtemps parler d'amour propre, témoignant de la constituante affective du rapport à soi. Etymologiquement, l'expression vient du latin *aestimare* qui signifie « évaluer », et dont la signification est double: à la fois « déterminer la valeur de » et

« avoir une opinion sur ». L'estime de soi peut donc être définie comme le jugement ou l'évaluation faite d'un individu en rapport à ses propres valeurs. Ce regard-jugement que l'on porte sur soi est vital à notre équilibre psychologique. Lorsqu'il est positif, il permet d'agir efficacement, de se sentir valorisé, de faire face aux difficultés de l'existence. Lorsqu'il est négatif (suite à des actions jugées comme en opposition avec ses valeurs), il engendre souffrance et désagréments qui viennent perturber notre quotidien(23).

L'estime de soi repose sur 3 composantes, dont chacune est indispensable à l'obtention d'une estime de soi harmonieuse: *l'amour de soi*, la *confiance en soi* et la *vision de soi*.

b) Amour de soi

L'amour de soi consiste à reconnaître ses qualités et à accepter ses défauts, et pousse l'individu à vouloir être potentiellement être aimé par l'autre. Non seulement il va entrer dans un jeu de séduction partiellement inconscient pour être aimé, mais il repoussera toute tentative de dépréciation exercée à l'encontre de sa personne. Il prendra soin de lui, se mettra en valeur et se pensera digne de l'amour d'autrui. Cet amour qu'il se portera à lui-même le rendra capable d'aimer l'autre en tolérant ses défauts. Cette capacité à accepter les défauts de l'autre, de l'aimer tel qu'il est, est prédictive d'une stabilité affective. Le retour d'amour qui lui sera adressé renforcera l'amour qu'il se porte. L'amour de soi dépend en grande partie des nourritures affectives reçues pendant l'enfance. La qualité et la cohérence de ces nourritures (amour des parents, que l'enfant risque de démeriter ou non, constance de cette affection..) vont conditionner l'amour de soi. C'est à travers l'amour que lui portent ses parents qu'il va donc apprendre à aimer.

c) Confiance en soi

La confiance en soi, construite avec les parents, permet de croire en ses capacités, en la valeur de son expérience, et influe positivement sur sa volonté d'évoluer et de grandir et de persévérer. Fort de cette richesse intérieure, et poussé par l'amour de soi, l'individu se sent capable d'apporter quelque chose à l'autre. L'essence de l'action lui ayant été inculquée, il osera prendre des risques inhérents et pourra accepter ses échecs sans vivre une blessure narcissique profonde. Cela lui permettra de persévérer. Cette attitude, socialement reconnue et associée à la motivation, à la constance et la prise d'initiative, lui attribuera de fait des compétences. Tout comme le processus de l'amour de soi (s'aimer pour pouvoir aimer l'autre), accepter ses échecs aide à comprendre les difficultés des

autres, et pousse à porter assistance à l'autre en difficulté. Ce comportement de tolérance et d'entraide génère de la confiance chez autrui, qui renforce à son tour la confiance qu'il a en lui.

d) Vision de soi

La vision de soi est le regard que l'on porte sur soi. La vision de soi, née dans les projets parentaux, inscrit l'individu dans une place à prendre dans la société. Elle existe dans l'imaginaire parental et aussi dans son propre imaginaire. L'individu travaille à rendre réel ce projet pour lui-même. Il se projette donc dans l'avenir (l'à venir). Cette place sociale lui confère un statut social. Les interactions qu'il met en place peuvent ainsi lui procurer un sentiment d'utilité sociale. Sa place parmi les autres lui fait également reconnaître la place de l'autre. Si son exercice professionnel ne lui permet pas cette réalisation, le sujet peut trouver cette utilité ailleurs, comme le bénévolat en milieu associatif par exemple.. Cette utilité sociétale le renforce dans la validité de son projet de vie et donc de la vision qu'il a de lui même dans la société.

Ces 3 composantes de l'estime de soi entretiennent généralement des liens d'interdépendance: l'amour de soi (se respecter quoi qu'il advienne, écouter ses besoins et ses aspirations) facilite incontestablement une vision de soi positive (croire en ses capacités, se projeter dans l'avenir) qui, à son tour, influence favorablement la confiance en soi (agir sans crainte excessive de l'échec et du jugement d'autrui).

L'estime de soi, nous l'avons vu, est une dimension de notre personnalité qui est au moins en partie déterminée par la relation à nos parents durant l'enfance. Cependant, l'estime de soi n'est pas donnée une fois pour toute. C'est une dimension éminemment mobile de notre personnalité, plus ou moins haute, plus ou moins stable. Elle continue d'être « nourrie » tout au long de la vie par 2 grands besoins: le sentiment d'être aimé et le sentiment d'être compétent. La satisfaction de l'un sans l'autre ne comble pas nos attentes. Etre aimé sans être admiré ou estimé est infantilisant et être estimé sans se sentir apprécié est frustrant.

I.8 Estime de soi, dépendance et dépression

En 1975, Nemiah dans son analyse sur le développement des dépressions « névrotiques », explique que chez le sujet « sain », l'estime de soi peut-être agressée ou diminuée par divers événements, mais elle restaure son équilibre émotionnel en mettant ses difficultés dans une perspective appropriée, de succès(24). Le sujet pathologiquement dépendant se trouve en difficulté face à une baisse de l'estime de soi (réactionnelle à des événements stressants). En l'absence de ressources internes suffisantes, il est contraint de se tourner vers les autres pour obtenir soutien et réconfort. Le nombre de personnes dont il dépend est extrêmement limité et si son amour propre est blessé à la suite d'un objectif non atteint (baisse de l'estime de soi/confiance en soi), il peut avoir l'impression, de manière injustifiée, que « les autres valent plus que lui » (cognition de dévalorisation) et se sentir rejeté (vécu abandonnique). Chodoff(25) définit la dépendance comme la mesure dans laquelle l'estime de soi d'une personne est maintenue presque exclusivement par l'approbation et le soutien d'autrui. Ainsi, le manque de gratification, de soutien et d'encouragement par autrui entraîne chez la personne dépendante la perte du sentiment de sécurité et de confort et tend à diminuer l'estime de soi.

Pour certains auteurs(26), les affects dépressifs sont une réponse à la baisse de l'estime de soi. Pour comprendre la dépression, il est nécessaire de rechercher premièrement les causes d'une mauvaise estime de soi.

Face aux épreuves de la vie, nous courons tous le risque de développer une dépression. Cependant, le risque varie selon le niveau d'estime de soi. D'une part, les sujets à basse estime de soi stable s'exposent grandement à la dépression par leur état d'âme négatif et leur faible effort pour s'en sortir. D'autre part, les sujets à haute estime de soi instable, dont les efforts permanents pour maintenir leur rang et leur image, associés à leur grande vulnérabilité à l'échec et au rejet, finissent par s'épuiser moralement.

Le tableau ci-dessous présente les principales différences entre la dépression et la faible estime de soi selon André et Lelord(23).

<i>Basse estime de soi</i>	<i>Dépression</i>
État durable	Modification par rapport à un état antérieur
Trait de personnalité	Maladie (état)
Moral fragile, en dents de scie	Tristesse pathologique : durable, intense, insensible aux événements favorables
Difficultés à agir par manque de confiance, repousse sans cesse à plus tard, insatisfaction	Difficultés majeures à agir par aboulie, anhédonie
Pas de troubles physiques particuliers	Troubles physiques : perte d'appétit, troubles du sommeil, asthénie, ralentissement psychomoteur
Difficulté à se faire valoir, tendance à se résigner	Auto-dévalorisation, culpabilité inappropriée
Pas d'idées de mort ou de suicide	Parfois, idées de mort ou de suicide
Pas de troubles intellectuels (ou seulement subjectifs) : concentration et mémoire fonctionnent normalement	Troubles intellectuels objectifs et mesurables : troubles de la concentration et de la mémoire

Les patients dépendants travaillent moins et vivent moins en couple que la moyenne, dans la population générale. L'estime de soi est déjà fragile chez ces sujets. L'attribution externe constitue pour eux une protection primaire de l'estime de soi. L'attribution externe entraîne cependant à moyen et long terme, conflits et rejets par l'entourage du sujet dépendant, qui conduisent à leur tour, à une altération de l'estime de soi par diminution de l'acceptabilité sociale.

Malgré ces différences, la basse estime de soi demeure un symptôme commun à toute les dépressions. La basse estime de soi constitue donc un facteur de risque de dépression, alors qu'un bon niveau d'estime de soi semble représenter un facteur protecteur en cas d'événement de vie défavorable(27). Une fois la dépression installée, plus l'estime de soi est altérée, plus la dépression sera grave et risquera de se prolonger en l'absence de traitement adapté. Si le sujet ne s'aime pas, n'agit pas, pense n'avoir aucune maîtrise sur son environnement, il rumine des émotions négatives, n'a que peu d'occasions d'être encouragé et de recevoir des messages valorisants. A l'inverse, les sujets souffrants de dépression dite légère recherchent encore des messages sociaux positifs, valorisants au moins dans leurs domaines habituels d'excellence. Il a été démontré que le fait qu'un

patient déprimé reste sensible aux messages valorisants et positifs de son environnement constitue un élément de bon pronostic(28).

Après un premier épisode dépressif, la persistance d'un bas niveau d'estime de soi, malgré une amélioration apparente, augmente nettement le risque de récurrences ultérieures(29).

Beck a constaté que les facteurs déclenchants de la dépression correspondent à des situations susceptibles d'altérer l'estime de soi. Il a également émis l'hypothèse qu'il existait deux dimensions de la personnalité pouvant prédisposer à la dépression, sous l'influence d'événements de vie: la sociotropie et l'autonomie.

	<i>Personne « sociotrope »</i>	<i>Personne « autonome »</i>
<i>Définition</i>	Individu ayant un important besoin d'attention et d'encouragement de la part des autres	Individu ayant besoin d'atteindre ses objectifs, sans contrôle ni entraves de la part des autres
<i>Événements dépressogènes</i>	Se sentir critiqué, mis à l'écart	Être mis en échec, être dépendant d'autres personnes.
<i>Impact sur l'estime de soi</i>	Remise en question de son acceptabilité sociale	Remise en question de ses capacités de contrôle sur les événements

Profil à risque et dépression d'après André et Lelord(29).

On peut donc imaginer que, si ces événements de vie induisent une dépression chez ces sujets prédisposés, cela passe par le processus d'altération de l'estime de soi ; L'acceptabilité sociale (sentiment d'être aimé) et la capacité à agir efficacement et librement (sentiment d'être compétent) étant deux fondements majeurs de l'estime de soi. Il faut souligner que ces deux dimensions correspondent également aux deux spectres psychopathologiques décrits par l'approche dimensionnelle de la personnalité dépendante.

De plus, la dépression serait provoquée par une croyance selon laquelle le sujet est faible et impuissant à changer les circonstances défavorables, dépendants des autres tout-puissants à qui il attribue la responsabilité des événements(30), ce qui se révèle être typiquement un schéma d'attribution externe, comme nous le verrons plus loin.

I.9 Estime de soi et biais attributifs ou «*Comment protéger son estime de soi?*»

A priori, les choses sont plus simples pour les sujets à haute estime de soi. D'une manière générale, leur façon de faire (prendre des risques, chercher à développer leurs compétences, à repousser leurs limites) permet un maintien ou un développement régulier de leur estime de soi. Les personnes à basse estime de soi agissent peu afin d'être confronté le moins possible à l'échec. Ce n'est pas le cas des sujets à haute estime de soi. Ils agissent. Ils connaissent plus de réussites, mais aussi plus d'échecs. Or, peu de personnes vous diront avoir pris plaisir à échouer. Alors, comment font-ils pour gérer ceci? C'est ce que permettent de comprendre les « biais attributifs ». Il existe plusieurs façons de réagir à l'échec:

- Soit nous l'acceptons tel qu'il est et nous en tirons des leçons: c'est l'attitude la plus utile mais aussi la plus coûteuse émotionnellement, surtout si les échecs sont assez nombreux ou répétés.
- Si nous regardons les choses d'une autre façon: « *Ce n'est pas ma faute, ce n'est pas grave, ça va changer* ».

À partir d'un événement négatif, nous avons tendance à attribuer certaines caractéristiques: Ce qui s'est passé dépend de moi ou de l'extérieur, va se reproduire ou sera un fait isolé, est représentatif ou limité. Jongler avec ces attributions permet de s'accommoder d'un bon nombre de problèmes existentiels. Par exemple, les sujets à haute estime de soi ont une propension irrésistible à s'attribuer les réussites et à imputer la responsabilité des échecs à des circonstances extérieures (destin, malchance ou autres personnes)(31). En cas d'échec, ils sont capables d'être plus spécifiques dans leur autocritique : « *J'ai été mauvais sur tel ou tel point* » et non pas : « *J'ai été lamentable* »(32). Les stratégies d'attribution sont donc très différentes en fonction du profil d'estime de soi . Contrairement aux sujets à basse estime de soi, les sujets à haute estime externalisent les causes de l'échec, ne généralisent pas l'autocritique (mais la limitent et la rendent spécifique) et ne tirent pas de conclusions sur la durée(23). On aperçoit déjà le caractère protecteur que peut constituer une telle stratégie d'attribution externe vis-à-vis de l'estime de soi (et donc de la dépression).

II. Dépression

La dépression se définit comme un trouble affectif qui se manifeste par un syndrome clinique dominé par l'humeur dépressive. Cette définition donne une primauté à l'émotion sur les autres aspects du syndrome dépressif: la dépression se traduit par l'expression verbale et non verbale de sentiments tristes ou agressifs. Mais il s'agit du reflet superficiel de l'altération de plusieurs fonctions : végétatives, motivationnelles, cognitives et comportementales, qui vont constituer le syndrome dépressif. C'est une maladie fréquente déterminée par des facteurs bio-génétiques, psychologiques, individuels et socio-environnementaux.

1. Définition catégorielle

Les critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur selon le DSM-IV et le DSM-IV-TR (APA, 1994-2000) sont(2):

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de 2 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.

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (ex. pleure).

NB. Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.

2. Diminution marquée de l'intérêt et 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 (ex. modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

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

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

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

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

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

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

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

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

E. Les symptômes ne sont pas expliqués par un deuil, c'est-à-dire qu'après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de 2 mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

2. Définition dimensionnelle

En 1974, Sydney Blatt a proposé une approche dimensionnelle de la dépression qu'il définit comme un « *état affectif pouvant varier en intensité, de relativement légère à profonde, et d'une expérience subtile à un désordre clinique sévèrement dysfonctionnel. La dépression peut être une réponse à une situation évaluée correctement ou peut être le résultat de distorsions sévères de la réalité* ». La dépression serait le résultat d'une perturbation du développement normal de deux dimensions fondamentales:

- la capacité à développer une identité et la représentation de soi.
- la capacité à développer des relations interpersonnelles et la représentation des autres.

Ces 2 dimensions permettent de distinguer 2 types de dépression chez l'adulte(33) :

- la **dépression anaclitique** est centrée sur les relations interpersonnelles et le besoin d'amour, avec une intense dépendance aux autres. Elle se caractérise par des sentiments de tristesse, de solitude, de rejet, de manque d'amour et d'abandon. Elle apparaît quand l'objet interne n'est pas présent et que l'objet externe fait défaut. Ce type de dépression

peut être assimilé à la dépression des patients dépendants de type « attachement/abandonnique ». Cette forme de dépression marquée par la passivité/agressivité et le vécu abandonnique intense (« *Les gens ne m'aiment pas. Ils doivent m'aimer.* ») témoigne d'un fonctionnement d'attribution externe puissant où l'amour et le soutien « *doivent* » être apportés par les autres. Le patient dépressif, dans ce cadre, attend beaucoup de l'autre. On peut s'interroger sur la part de responsabilités qu'il porte à l'égard de son état et de ses échecs.

- la **dépression introjective** est centrée sur soi-même et le besoin de succès. Les manifestations cliniques sont marquées par des sentiments de manque de valeur, d'autocritique et de dévalorisation, une faible estime de soi et un sentiment de culpabilité. Cela pourrait être assimilé à la dépression des sujets dépendants de type « dépendance/ incompétence ».

3. Psychopathologie et mécanisme de projection du modèle psychanalytique: les prémisses de l'attribution.

La dépression peut être interprétée comme une réponse émotionnelle déclenchée par des expériences de manque ou de perte d'un lien affectif privilégié. Il peut s'agir d'une perte réelle prolongée ou définitive (le décès d'un proche par exemple) ou de séparations temporaires, de séparation répétées, réelles ou fantasmées (c'est-à-dire un sentiment de « ne plus être aimé » sans événement objectivable dans la réalité). La dépression est alors marquée par un état d'impuissance, de désespoir et de résignation face à une souffrance psychique.

Parmi les mécanismes de défense névrotiques, il est intéressant d'étudier le procédé inconscient de la projection. H. Ey a exploré, dans son célèbre manuel de psychiatrie, les mécanismes de défense névrotiques comme les ressorts inconscients de la « cuirasse névrotique ». Il considère ces protections illusoire comme un aspect de la « complication névrotique de la personnalité ». Parmi les nombreux mécanismes décrits, la *projection* se rapproche spécifiquement de notre propos. H. Ey la définit comme « *une opération par laquelle le sujet expulse de soi et localise dans l'autre, personne ou chose, des qualités, des sentiments, des désirs, voire des « objets », qu'il méconnaît ou refuse en lui. Pour la psychanalyse, la projection n'est pas seulement conçue comme une perception orientée par la personnalité de celui qui perçoit (c'est en ce premier sens qu'on parle de tests*

projectifs). C'est surtout un désaveu de la tendance interne par l'attribution de cette tendance à autrui. »(34)

Un parallèle peut être construit entre ce mécanisme archaïque de projection des conflits internes et le mécanisme d'attribution externe élaboré par la personnalité dépendante. On sait par exemple que l'attribution externe des personnalités paranoïdes et des sujets borderlines les protègent de la dépression. Nous savons aussi que l'effondrement thymique du patient paranoïaque (*souvent dépression de type hostile*) doit être considéré comme un état d'extrême gravité avec un risque suicidaire majeur. Ce fonctionnement psychique (projectif ou de modalité attributive externe) pourrait donc préserver le narcissisme du sujet (et donc indirectement son estime de soi) et lui éviterait ainsi la bascule dans un état dépressif profond.

La logique de l'appareil intrapsychique (protection par attribution externe) est peu compatible avec le fonctionnement extrapsychique (conflits). Attendant un soutien en retour, la personne dépendante sollicite son entourage jusqu'à un degré d'intolérance. L'idée peut se formuler ainsi: « *Aimez-moi toujours et toujours plus.* » « *Vous ne m'aimez pas. Je vais vous haïr.* »

4. Rappel historique de la construction du modèle cognitiviste

Une étude historique des thérapies cognitives nous amène à envisager les courants philosophiques, psychologiques et psychothérapeutiques qui se sont posés la question des relations entre la réalité externe et la construction interne qu'en font les sujets déprimés (et non déprimés).

Le philosophe grec Épicure (-342/-270) pensait que les pensées, à la différence des événements, nous touchaient.

Les penseurs stoïciens des premier et deuxième siècles avant J.-C envisagèrent également une approche cognitive de la vie émotionnelle. Les figures de proue en sont Épictète et l'empereur Marc-Aurèle qui eurent à la fois à affronter le génie naissant du Christianisme et le choc des Barbares. Marc-Aurèle, dans ses « *Pensées pour moi-même* » nous dit: « *Si quelque chose d'extérieur te chagrine, ce n'est pas lui, c'est le jugement que tu portes sur lui qui te trouble. Il ne tient qu'à toi d'effacer ce jugement de ton âme. Si c'est de ta disposition propre que tu te chagrines, qui t'empêche de rectifier ton dessein? (35)*».

Épictète et Marc-Aurèle distinguent les choses qui sont en notre pouvoir de celles qui nous dépassent, et recommandent, pour éviter le malheur, de ne désirer que les choses qui sont en notre pouvoir.

Kant, l'une des lumières du XVIIIème siècle, peut être considéré comme l'un des fondateurs de la psychologie cognitive moderne. Si l'on considère la distinction qu'il établit entre les choses en elles-mêmes (concept des « noumènes ») et les expériences filtrées par les formes à priori de la connaissance (les « phénomènes »), celle-ci préfigure les théories modernes de la connaissance(36). Selon Kant, ce que nous appelons la réalité n'est qu'une construction par les formes de l'entendement à partir des données de la perception. On retrouve dans ce propos toutes les bases des futures théories cognitives de la dépression.

On peut opposer le point de vue de Kant à celui de philosophes anglais comme Hume, qui considéraient que la psychologie individuelle n'était rien d'autre que le produit d'un ensemble d'expériences et de souvenirs établis par association, ou aussi l'opposer au romantisme de Rousseau, qui admettait la primauté des affects sur les phénomènes intellectuels.

On peut ainsi établir des filiations parallèles qui vont de l'associationnisme de Hume au béhaviorisme, du romantisme à la psychanalyse, et de Kant à la psychologie cognitive actuelle.

Le paradigme cognitiviste du traitement de l'information émergea, dans les années soixante, devant les limites du modèle purement comportemental proposé par Watson(1925) puis Skinner(1969). Ils avaient édifié une psychologie centrée essentiellement sur l'étude des entrées et des sorties de l'organisme, en négligeant les variables « médiationnelles » situées « à l'intérieur de la peau ». Le modèle comportemental est un modèle associationniste qui postule un organisme relativement passif dont le comportement est modelé par l'environnement qui apprend au sujet à établir une série de réponses qui réussissent(37). Selon un processus analogue à la sélection naturelle darwinienne, l'environnement sélectionne les comportements adaptatifs qui se trouvent renforcés ou éliminés en fonction de leurs résultats positifs ou négatifs.

Le modèle cognitiviste, quant à lui, postule un sujet actif, qui se sert de processus d'auto-organisation pour modifier son environnement. La psychologie cognitive est l'étude de l'activité mentale dans ses relations avec la perception, les pensées et l'action. Elle étudie les phénomènes internes conscients et inconscients qui permettent à l'individu de s'adapter aux stimuli internes et externes. Elle est centrée sur l'étude des processus mentaux les plus élevés tels que la pensée, la prise de décision, la perception et la mémoire(38).

Bien entendu, les positions n'étaient pas aussi tranchées entre ces deux formes de dogmatisme, le modèle comportementaliste radical (travaux de Skinner, 1957) et le modèle cognitiviste radical (Chomsky, 1968)(39).

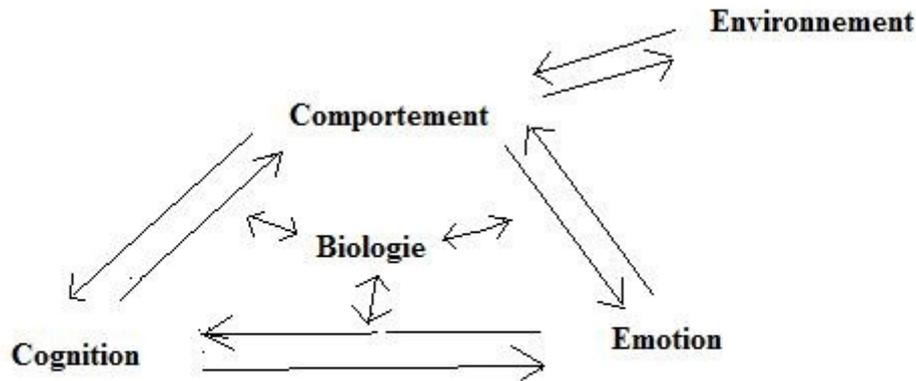
J. Piaget, en Europe, avait jeté les bases d'un modèle d'apprentissage cognitif plus équilibré qui opposait à l'innéisme chomskien, un point de vue développemental selon lequel les structures cognitives d'un sujet actif interagissent avec l'environnement pour construire une série d'équilibres successifs et réversibles(40).

Aux États-Unis dans les années soixante-dix, une révolution cognitiviste s'opéra dans le domaine thérapeutique. La théorie de l'apprentissage social de Bandura (1977) en fut la principale bannière de ralliement. Bandura suggérait de prendre en compte un déterminisme réciproque entre l'environnement, le comportement moteur observable et les cognitions d'un sujet actif(41). Dans cet ensemble, selon lui, l'élément central de l'apprentissage est l'observation et l'imitation de modèles humains ou symboliques. Il permet un apprentissage plus rapide, plus général et moins coûteux que l'apprentissage par essais et erreurs décrit par Skinner. La théorie de l'apprentissage social servit de base conceptuelle aux interventions thérapeutiques cognitivo-comportementales et sut trouver des applications pratiques dans le traitement de la dépression et de l'anxiété.

5. Concepts fondamentaux

Pour mieux comprendre les modèles de thérapie, il faut décrire trois niveaux essentiels: comportemental, cognitif et émotionnel(42). Ils font référence aux modèles cognitifs fondés sur l'étude du traitement de l'information (processus de pensée conscients et inconscients qui filtrent et organisent la perception des événements qui se déroulent dans l'environnement du sujet).

Un schéma souligne l'interaction entre comportements, pensées et émotions, ainsi que leurs relations avec l'environnement et les facteurs biologiques(42).



Les interventions thérapeutiques peuvent porter sur chacun des niveaux du système.

5.1 Comportement

Le comportement peut se définir comme « un enchaînement ordonné d'actions destinées à adapter l'individu à une situation telle qu'il la perçoit et l'interprète ». Cette notion de chaîne correspond à une séquence comportementale complexe, qui a une organisation et un but. Les actions motrices ou verbales vont adapter le sujet à un ensemble de stimuli environnementaux, interprétés en fonction de schémas cognitifs acquis.

5.2 Cognition

La cognition est l'acte de connaissance. Elle consiste donc en l'acquisition, l'organisation et l'utilisation du savoir sur soi et le monde extérieur(43). Les phénomènes mentaux conscients et inconscients qui permettent à l'individu de s'adapter aux stimuli internes et externes représentent son champ d'étude. Elle se centre sur un large éventail de processus mentaux très élaborés: *la perception, la mémoire, l'imagerie mentale, le langage, la résolution de problèmes, le raisonnement et la prise de décision.*

La psychologie cognitive étudie le traitement de l'information. Celui-ci s'effectue par l'intermédiaire de schémas mentaux inconscients situés dans la mémoire à long terme. Les *schémas* sont des entités organisées qui contiennent à un moment donné tout le savoir d'un individu sur lui-même et sur le monde: ils guident l'attention et la perception sélective des stimuli environnementaux. Les *schémas* peuvent être définis comme des représentations organisées de l'expérience préalable qui facilitent le rappel des souvenirs. Cependant, ils entraînent des déformations systématiques de la perception, de

l'attention, et assimilent les nouvelles constructions mentales en les rendant compatibles à celles qui existent déjà. Ils représentent donc, sous cet angle, le poids du passé sur l'avenir de l'individu.

5.3 Émotion

Depuis Platon qui considérait les émotions comme perturbatrices de la raison, en passant par Kant pour qui elles étaient maladies de l'âme, Darwin pour qui elles s'intégraient dans de précieux comportements adaptatifs et évolutifs des espèces(44), Sartre pour qui elles étaient " un mode d'existence de la conscience "(45), et pour beaucoup d'autres encore, le champ des émotions se présente cacophonique en philosophie comme dans les représentations. Il existe plusieurs théories (évolutionniste, physiologiste, cognitiviste, etc) des émotions.

On peut définir les émotions par des réactions caractérisées par des sensations physiques plaisantes ou déplaisantes, correspondant à des modifications physiologiques en réponse à des stimuli environnementaux. Cependant, l'organisme ne répond pas passivement en fonction des caractéristiques des stimulations auxquelles il se trouve exposé. Sa perception des événements dépend de ses expériences antérieures et de l'état physique dans lequel il se trouve à un moment précis. La transformation de l'émotion - phénomène physique – en affect – phénomène mental (plaisir, tristesse, anxiété, dégoût, colère, peur) – dépend de l'interprétation de la situation et non de la situation elle-même. Ainsi l'affect dépendrait de la cognition.

Deux concepts clés de psychopathologie soulèvent de nombreuses questions quant aux relations étroites existantes entre les émotions et les cognitions: il s'agit de la pensée opératoire et de l'alexithymie. En 1962, les psychanalystes P. Marty et M.de M'Uzan ont proposé le concept de *pensée opératoire*(46) pour désigner un type de fonctionnement mental particulier qui leur semblait lié à l'existence de troubles psychosomatiques. La "pensée opératoire" désigne un mode de fonctionnement mental organisé sur les aspects purement factuels de la vie quotidienne. Les discours qui permettent de la repérer sont empreints d'objectivité et ignorent toute fantaisie, expression émotionnelle ou évaluation subjective. Le sujet semble ainsi adhérer à la réalité "opératoire" et se référer à l'efficacité de l'action concrète.

L'alexithymie a été proposée par Sifneos en 1972 pour désigner un syndrome présenté par certains malades psychosomatiques. Les points cardinaux du syndrome alexithymique sont les suivants : l'incapacité à verbaliser les émotions; la carence de la vie imaginaire; la tendance au recours à l'action; l'adhérence aux faits et réalités concrètes(47).

Cette difficulté à verbaliser les émotions traduit-elle une difficulté dans le maniement du vocabulaire émotionnel, dans la perception de ses propres émotions ou dans la perception des

émotions d'autrui? Ces éléments auront leur importance dans la démarche psychothérapeutique des sujets dépressifs.

Dans le modèle cognitif, on peut s'interroger sur la primauté réservée aux cognitions par rapport aux réactions affectives. Pour certains, les jugements affectifs sont précognitifs, non-verbaux automatiques, inévitables(48). Les affects (ou « cognitions chaudes ») pourraient avoir précédé dans l'évolution phylogénétique les cognitions dites « froides » et rationnelles et représenter un système indépendant du système cognitif. Selon Zajonc(49), affect et cognition seraient séparés bien qu'en interrelation. On retrouve ainsi la conception classique selon laquelle l'affect et le trouble de l'humeur est l'élément central de la dépression.

Mais existe-t-il des affects sans cognitions ou des cognitions sans affects? Comme nous l'avons vu, certains patients ont des affects sans pensée, et d'autres des pensées sans affects.

Est-ce que l'expérience émotionnelle correctrice ne représenterait pas le processus thérapeutique fondamental? Pour répondre à cette question, il faudrait parvenir à isoler une composante émotionnelle « pure » parmi les différentes méthodes de thérapie cognitive. Mais, comme le montre l'étude des interactions entre comportement et cognition, il paraît difficile de dissocier la composante affective de la composante cognitive et de la composante comportementale.

De façon plus générale, les rapports étroits entre facteurs biologiques, émotionnels, cognitifs et sociaux restent peu clarifiés.

6. Modèles cognitifs de la dépression

6.1 Kelly et la théorie des « Personal Constructs »

G. Kelly(1955) a formulé une théorie de la personnalité qui a été appliquée à l'étude psychologique de la dépression. L'élément central de sa théorie était de considérer l'homme comme un savant effectuant des hypothèses pour donner un sens aux événements. L'unité fondamentale de signification était le « personal construct » (« construit personnel), défini comme étant l'établissement d'une relation comparative entre deux éléments selon une dimension duale de type

bien-mal, bon-mauvais(50). Chez le sujet dépressif, on retrouve ce style de pensée « rétréci » et limité dans la prise de conscience des éléments de la réalité contraire aux préemptions du sujet. Ceci le mène à une vue fataliste de lui-même et du monde extérieur. Une telle restriction du champ des intérêts protège à court terme le sujet de l'angoisse: il ne modifie pas ses schémas de pensées devant des événements nouveaux et ininterprétables. Mais à terme, cette dualisation va accroître la vulnérabilité vis-à-vis des événements importants tels qu'une perte ou une séparation(51). Le suicide peut être, dans cette perspective, une manière de justifier le sens que le sujet donne à sa vie en poussant à l'extrême les postulats qui l'ont toujours guidés.

6.2 Ellis et le thérapie rationnelle émotive.

Pour Ellis, la dépression, comme tout autre état émotionnel, est la conséquence de pensées irrationnelles ayant un fondement biologique(52). Ellis n'a jamais présenté un modèle particulier de la dépression, mais plutôt un modèle du fondement cognitif de l'émotion.

Sa méthode repose sur l'étude de la dichotomie stoïcienne entre la raison et les émotions. Ellis aboutit à la conclusion que le comportement que l'on qualifie de « névrotique » est « *un comportement stupide mis en acte par une personne intelligente* ». Selon lui, le problème essentiel réside dans les cognitions grandioses que les sujets ont d'eux-mêmes et le fardeau émotionnel que cette irrationalité fait peser sur eux. Le but général de la thérapie est l'acceptation inconditionnelle de soi-même. Le sujet ne doit plus porter de jugement sur son essence (« *je suis un raté* ») mais plutôt considérer avec relativisme les accidents de son existence (par exemple, pensée alternative: « *j'ai échoué tel jour à tel examen.* »).

Ellis ne présente pas un modèle théorique explicatif, mais une démarche thérapeutique. Sa très grande culture thérapeutique et philosophique, ainsi que sa personnalité très forte, ont été à la base de son approche, qui n'est aucunement expérimentale.

6.3 Le modèle de Seligman (1970) ou l'attribution externe expérimentée par l'impuissance apprise

Martin Seligman, Professeur Universitaire de Pennsylvanie, comme Beck, est avant tout un chercheur. Le modèle de Seligman, l'impuissance apprise ou résignation acquise (« *Learned*

Helplessness »), se présente comme un modèle explicatif, non thérapeutique, basé sur la psychologie expérimentale animale. Son équipe de chercheurs a démontré que face à de petits chocs électriques incontrôlables, un animal finit par s'installer dans l'apathie et la résignation(53). En 1975, Seligman définira ainsi trois conséquences principales à cette situation expérimentale d'incontrôle:

- Une difficulté progressive à faire le lien entre les actions posées et leurs conséquences: « *ce que je fais n'a pas d'effet sur mon environnement ou les situations dans lesquelles je me trouve* ». Il s'agit là d'un processus inverse de celui d'attribution interne.
- Un déficit motivationnel: « *je n'émet plus de comportements puisque cela ne sert à rien* ».
- Une augmentation du vécu dépressif.

On peut émettre l'hypothèse que le vécu dépressif est fortement corrélé au développement du style d'attribution externe.

L'impuissance (« *helplessness* ») est un état psychologique réversible qui résulte de ce que l'on fait n'a aucune influence sur l'environnement (les événements échappent à notre contrôle). Cette impuissance serait à l'origine de la dépression(54). Ceci ne peut que concerner des actes ou comportements volontaires (dans le conditionnement Pavlovien, le sujet est impuissant, et dans le conditionnement Skinnérien, le sujet apprend la probabilité que ses comportements ont un lien entre ce qu'il fait et ce qui lui arrive).

Le traumatisme réduit la motivation à répondre (une réponse de survie), empêche l'apprentissage de nouvelles réponses, favorise la dépression ou l'anxiété à partir de ces expériences. Pour Seligman, la dépression est l'expression de la résignation totale (« *je me blottis au fond de ma cage* »). Comme Beck, Seligman présente un modèle cognitif de la dépression. A l'inverse de Skinner, il prétend que l'attente de résultats et non pas le résultat en soi détermine le comportement. A force d'anticiper un échec, les sujets finissent par échouer (construction d'un schéma d'impuissance). Comme Bandura, il attribue une importance capitale aux attentes du sujet en matière de contingences action/résultats.

Par la suite, la théorie de l'impuissance apprise a été reformulée par Abraham et Teasdale sous le terme ***Attribution et impuissance apprise*** (55).

Ce modèle explicatif nous permet d'étayer l'hypothèse d'un mécanisme cognitif attributif externe, construit sous la contrainte de l'environnement et dont découlerait un état dépressif.

6.4 *Modèle de Beck*

Malgré des divergences notables, l'ensemble de la littérature peut être regroupé autour d'une hypothèse générale selon laquelle les sujets déprimés présentent une perturbation dans le traitement de l'information.

L'hypothèse de base est la suivante: le déprimé se maltraite en traitant mal l'information. La pensée dépressive s'enracinerait dans une structure cognitive profonde, qui trouve sa traduction superficielle dans des erreurs logiques(56). Leur dénominateur commun est de produire des interprétations exagérément lugubres d'une expérience vécue. Ces structures sont activées par des événements (pertes, deuils, rejets, échecs, séparations..) et aboutissent à des pensées négatives.

Au cours du traitement de l'information, trois types de variables internes interviennent ainsi entre les stimuli et les réponses: ce sont les schémas cognitifs, les processus cognitifs et les événements cognitifs(57). Ces trois variables sont responsables de la sélection et du traitement des stimuli environnementaux, et interagissent avec les affects et le comportement.

a)Présentation du modèle de traitement de l'information

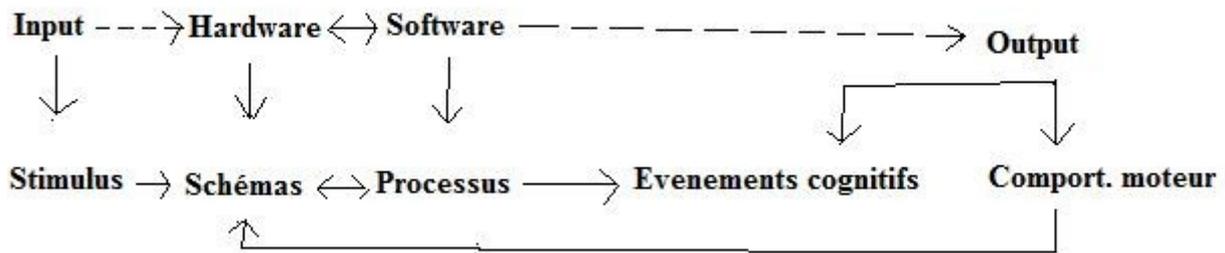
Beck a été au centre de très nombreux travaux visant à l'élaboration de l'approche cognitive de la dépression. Il proposa un ensemble de techniques et un modèle psychothérapeutique précis(58). Les pensées automatiques et le dialogue interne, qui conduisent inductivement à la découverte des postulats dépressogènes, sont les principales cibles d'intervention.

La notion de dialogue interne (ou de monologue intérieur) est pourtant ancienne. Dans le *Théétète*(59), Platon rapporte de Socrate: « *Quand l'esprit pense, il est simplement en train de se parler à lui-même, de se poser des questions, d'y répondre et de dire oui ou non* ». Aussi, bien avant d'aboutir à une définition opérationnelle (« Penser, c'est se parler à soi-même »), on peut citer l'utilisation littéraire du monologue intérieur par Léon Tolstoï ou encore James Joyce.

Le modèle cognitif du traitement de l'information peut être représenté par un ordinateur comme métaphore du fonctionnement mental: l'organisme traite l'information (stimulus) en fonction de schémas acquis. Ceux-ci, avec l'aide des processus cognitifs (assimilation, accommodation, heuristiques, distorsions de la pensée logique), transforme l'information en événements cognitifs (pensées et images mentales) qui interagissent avec le comportement moteur.

Dans le cas de la dépression, des schémas irrationnels, dépressogènes, stockés dans la mémoire à long terme, vont induire des anticipations négatives, des monologues intérieurs défaitistes qui sont le résultat des distorsions de la pensée logique. Ces événements cognitifs vont participer au déclenchement et au maintien de l'évitement social, du ralentissement et de l'inhibition comportementale. Le déficit comportemental viendra confirmer rétroactivement le schéma: La défaite confirme le défaitiste qui l'a provoquée.

Dans cette métaphore, le stimulus correspond à l'input (entrée des données), les schémas au hardware (mémoire morte), les processus au software (programme ou logiciel), les événements cognitifs et le comportement correspond à l'output (écran ou imprimante).



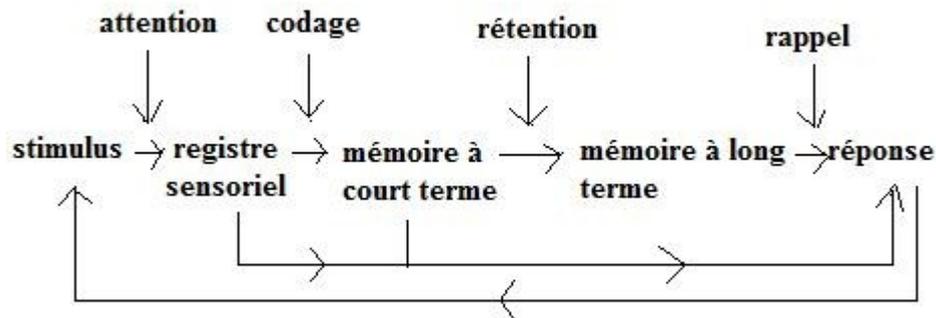
Le cerveau traite les stimuli ou les événements de l'environnement (input) en fonction des schémas stockés dans la mémoire à long terme, ils sont transformés par les processus cognitifs (software) en événements cognitifs (pensées, images mentales) et en comportement verbal et moteur, qui représentent leur produit terminal (output). Le comportement rétroagit sur les schémas qu'il vient confirmer ou infirmer(43).

En résumé, le modèle de BECK, le plus connu, décrit le fonctionnement mental selon 3 niveaux:

- un niveau préconscient qui correspond aux ***pensées automatiques***;
- un niveau inconscient qui correspond aux ***schémas cognitifs***
- et le niveau des ***erreurs logiques*** qui représente des processus de passage entre les schémas et les pensées automatiques.

On distingue classiquement une *mémoire à long terme*, permanente, stable, virtuellement illimitée et une *mémoire à court terme*, limitée, instable, qui est une mémoire de travail nécessaire à l'action immédiate. La mémoire à court terme correspond globalement à ce que l'on appelle la conscience.

La mémoire à long terme pourrait être le support des processus inconscients ou automatiques. Un schéma simple peut être rappelé pour figurer ces différentes notions de neurophysiologie.



Le hardware correspond au système nerveux central et périphérique, support physique des registres d'entrée sensoriels (qui reçoivent les stimulations internes et externes), ainsi que les informations de la mémoire à court terme et à long terme. Le software correspond à des programmes qui contrôlent le transfert d'information ainsi que le stockage (programmes d'attention, de codage, de rétention et de rappel).

La mémoire à long terme contient classiquement deux modalités différentes(60):

- la mémoire sémantique, qui fait référence au sens et au savoir, est tributaire des acquis culturels et correspond à un ensemble de règles générales et impersonnelles.
- la mémoire épisodique, d'ordre personnel et autobiographique, correspond à une dimension affective personnelle, produit des expériences passées de chaque individu, avec leurs connotations affectives et leurs références temporelles et spatiales subjectives.

Il est commode de différencier mémoire sémantique et mémoire épisodique. Pourtant, cette séparation apparaît superficielle à nombre de chercheurs intéressés par les émotions. En effet, l'apprentissage des règles les plus abstraites reste lié à des souvenirs dont la charge affective peut exercer son influence sur le rappel et les différents processus mnésiques(61).

Ainsi Bower et Cohen ont montré que le rappel de souvenirs d'enfance était d'autant meilleur que le contexte émotionnel actuel était plus proche de celui du moment de l'acquisition(62).

Ainsi, dans le domaine de la dépression, une règle psychopathologique inflexible, comme l'auto-dévalorisation devant la rupture d'une relation affective, peut correspondre à la réactivation d'expériences affectives précoces de séparation d'avec la famille où le sujet avait ressenti de tels

sentiments, et abouti à l'amer et définitif syllogisme: « *Si l'on me quitte, c'est que je ne vauds rien* ». Ces séparations précoces représentent un antécédent lointain fréquemment retrouvé chez les sujets déprimés adultes (Roy, 1985)(63).

Pour Bower (1978), il existerait dans la mémoire à long terme des « nœuds émotionnels » connectés au réseau sémantique(64). Ces nœuds correspondraient à des émotions spécifiques (colère, joie, tristesse, frustration..) et seraient associés à des étiquettes verbales, des réponses physiologiques et des réponses comportementales. Si ces nœuds sont réactivés par une situation de perte ou d'échec, ils peuvent activer des souvenirs déplaisants qui vont à eux seuls remplir toute la mémoire à court terme dont on connaît la capacité limitée. Un haut niveau de dépression induit un rappel de souvenirs désagréables significativement plus nombreux que les souvenirs plaisants comme l'a démontré expérimentalement Teasdale(65).

Ainsi le modèle de Bower représente une tentative de comprendre les inter-relations entre affect, comportement et cognition.

b) Schémas cognitifs

Les schémas peuvent être définis comme des représentations non spécifiques mais organisées de l'expérience préalable (d'un individu sur lui-même et sur le monde) qui facilitent le rappel mnésique, mais en même temps entraînent des distorsions systématiques des nouvelles constructions mentales(66). Cette définition peut être rapprochée de celle de Piaget(67) pour qui un schéma est « *une structure ou un processus qui sous-tend le comportement sensorimoteur et les activités mentales complexes et explique l'organisation et la régularité des actes* ». Ils guident ainsi l'attention sélective et la perception.

Les schémas donnent un sens dépressif au vécu. Ils présentent un contenu particulier qui détermine les réponses affectives et comportementales. Selon Beck, les affects dépressifs seraient secondaires au sens que donnent les schémas dépressogènes aux expériences individuelles(58): « *Les individus seraient moins émus par les événements eux-mêmes que par l'interprétation qu'ils construisent à leur propos.* »

De ce fait, les schémas produisent une pensée dichotomique, impérative, en tout ou rien. Ils déforment la perception des stimuli de l'environnement pour satisfaire ces postulats. Ce mode de fonctionnement peut avoir été acquis dans l'enfance auprès, par exemple, de parents stricts qui soulignent systématiquement les erreurs sans renforcer positivement les « bons » comportements; ou ils peuvent encore résulter de pertes précoces ou de séparations qui peuvent engendrer le schéma

suivant: « *Si on m'a laissé seul, c'est que je ne vaud rien, et c'est toujours de ma faute si les autres se séparent de moi* », ou encore « *si je ne fais pas tout pour rendre les autres heureux, on m'abandonnera.* ».

Les croyances et règles typiques (Blackburn & Cottraux, 1990) ont trait:

- à l'**amour**: “*Je dois être aimé par tout le monde, sinon je ne peux pas être heureux*”
- au **perfectionnisme**: “*Je dois tout faire parfaitement, sinon je ne vaud rien*”
- à la **réussite**: “*Je dois réussir tout ce que je fais, sinon cela signifie que je suis stupide*”
- au **besoin d'être approuvé**: “*Ma valeur personnelle dépend de ce que les autres pensent de moi*”
- au **droit à la considération des autres**: “*Les gens devraient être toujours honnêtes, équitables, aimables à mon égard*”
- au **code moral personnel**: “*Je devrais être toujours aimable, charitable, attentif envers les autres, sinon je suis un ignoble*”
- à l'**omnipotence**: “*Je devrais tout savoir, tout comprendre, tout prévoir*”
- à l'**autonomie**: “*Je devrais me débrouiller seul. Avoir besoin de l'aide des autres est un signe de faiblesse* ».

Ces règles revêtent souvent une forme verbale impérative (auto-injonctions).

Les schémas dépressogènes sont stockés dans la mémoire à long terme, d'une façon organisée, en constellation ou en réseau (modèle de Bower)(68). Les schémas sont inconscients. Ils fonctionnent de manière automatique, en dehors des contraintes de l'activité volontaire. Ils sélectionnent, filtrent et interprètent l'information d'une manière rapide, automatique et routinière en fonction d'hypothèses implicites concernant les événements.

Pour conclure sur ces schémas cognitifs, nous avons vu qu'ils peuvent représenter un des facteurs fondamentaux de la dépression. Ces schémas peuvent être activés en cas de situation stressante.

Cependant, le problème de la latence de schémas reste controversé. Elle sous-tend l'idée qu'il devrait être possible de mesurer des traits de personnalité, ou un style cognitif stable, qui, entre les épisodes dépressifs, représenterait une constante. Ce trait correspondrait à une structure stable, véritable marqueur de la vulnérabilité à la dépression. Or, la démonstration expérimentale demeure problématique.

Des études ont été publiées, dans le domaine de la stabilité des schémas mais également des attributions(69–72). Elles apportent des résultats contradictoires. Une large étude montre qu'avant le

déclenchement de leur épisode dépressif, les sujets ne présentaient pas de style cognitif caractérisé par le pessimisme, des attributions externes et des systèmes de croyance irrationnels(71).

De plus, des travaux expérimentaux ont montré une modification des cognitions négatives aussi importante, bien que moins durable, avec les médicaments antidépresseurs qu'avec la thérapie cognitive seule(73–75). Elles impliquent donc que les perturbations cognitives des sujets dépressifs sont plus un symptôme de la dépression qu'un trait stable de caractère.

Cependant, d'autres travaux ont montré que, chez les patients déprimés en rémission, la présence persistante d'attitudes dysfonctionnelles de pensée prédisait une vulnérabilité ultérieure et annonçait des rechutes futures(76). Ces travaux seraient donc en faveur de la stabilité d'un style cognitif en dehors de l'épisode dépressif aigu.

c) Processus cognitifs

Les schémas peuvent être traduits en structures de surface: les événements. Les structures de surface représentent *ce qui est dit, pensé ou imaginé*. Les structures profondes correspondent aux systèmes de signification qui sous-tendent les pensées et les images mentales que le sujet peut observer en focalisant son attention. Le passage des structures profondes aux structures superficielles est rendu possible par des processus cognitifs que l'on compare parfois au *software* (logiciel) d'un ordinateur: il s'agit de règles de transformation de l'information.

La psychologie cognitive a décrit des processus tels que l'assimilation, l'accommodation et les heuristiques, qui peuvent être appliqués à l'étude des distorsions de l'idéation dépressive.

c.i. Assimilation et accommodation

Un premier processus étudié par J. Piaget est représenté par l'assimilation de la réalité extérieure aux schémas. Piaget a mis en évidence le développement ontogénique de deux processus cognitifs: l'assimilation et l'accommodation(77,78), depuis des patterns neurologiques innés d'action jusqu'à la genèse de la pensée scientifique.

L'*assimilation* représente un mouvement vers le centre du sujet au cours duquel toute information ne sera retenue que si elle va dans le sens des hypothèses contenues dans les schémas, ou alors transformée pour la rendre compatible à ces schémas.

Inversement, l'*accommodation* aboutit à une modification des schémas pour les rendre compatible avec la réalité extérieure à laquelle le sujet doit adapter ses systèmes de pensée.

La dialectique de l'assimilation et de l'*accommodation* explique la construction de la réalité et le développement de la pensée logique, qui, partie de l'égoïsme initial va se décentrer pour devenir de plus en plus objective. Cependant, la tendance à l'assimilation demeure la plus puissante.

On invoque un primat de l'assimilation comme étant l'un des mécanismes central du traitement de l'information chez le déprimé.

c.ii. Heuristiques

Tversky et Kahneman expliquent la primauté de l'assimilation par l'existence d'heuristiques cognitives(79) qui sont des jugements rapides sur les événements dans des conditions d'incertitude. Ces auteurs partent de l'hypothèse que l'être humain est un système de traitement de l'information aux performances très limitées lorsqu'il se trouve confronté à la tâche de faire des prédictions dans des conditions d'incertitude. Les heuristiques sont donc des jugements rapides sur la réalité qui confirment eux aussi les schémas du sujet. Ce sont des raccourcis de la pensée qui font appel à l'« intuition » et non au raisonnement logique et scientifique. Les heuristiques sont donc marquées avant tout par la pensée irrationnelle, et entraînent une sélection et un filtrage de l'information qui court-circuite le raisonnement discursif et la confrontation des pensées à la réalité.

Leur intérêt réside dans l'économie de dépense d'un traitement pas à pas et logique de l'information. Cependant, la rapidité de la décision intuitive a pour rançon une basse qualité dans les conclusions qui amènent à prendre la décision.

Plusieurs types d'heuristiques ont été décrits:

- les **heuristiques de représentativité**, qui consistent à juger un cas individuel à partir de préconceptions générales abstraites et stéréotypées. Le sujet juge la situation présente en la faisant rentrer dans une catégorie de situations antérieurement connue, même si la similarité des deux situations reste vague.
- les **heuristiques de disponibilité**, qui correspondent à l'utilisation d'informations rapidement disponibles en mémoire (la première pensée ou image qui vient à l'esprit en

rapport avec la situation présente) même si leur pertinence et leur valeur informative est faible.

- les *heuristiques d'ancrage*, correspondent à l'échec des individus à réviser leurs croyances (ancrages) même si elles ne sont pas confirmées. Ils consistent à effectuer des estimations de valeurs incertaines en fonction des valeurs connues antérieurement, même si elles sont inadaptées à la situation présente.

Chez les sujets dépressifs, les heuristiques d'ancrage peuvent être mis en évidence dans le fait qu'ils sous-estiment leurs performances réelles en raison du postulat que s'ils ont eu de piètres résultats dans le passé, ils en auront forcément dans le futur. Étant donné leur schéma qui n'a codé que des informations négatives, leur point de départ pour s'auto-évaluer sera toujours bas. Inversement, des sujets sains auront un ancrage initial élevé qui les conduira à une surévaluation de leurs performances.

Les heuristiques représentent des processus qui pourraient être innés, automatiques et inconscients, qui viendraient confirmer les schémas dépressifs en court-circuitant les inférences logiques et la mise à l'épreuve des hypothèses.

A une assimilation inconsciente, automatique, rapide et sans effort fondée sur des heuristiques, on peut opposer une accommodation consciente, délibérée, lente, coûteuse en énergie, fondée sur un traitement de l'information où le sujet confronte ses présupposés à la réalité.

Assimilation et heuristiques sont donc des processus fondamentaux qui trouvent une expression clinique dans les erreurs logiques ou distorsions cognitives découvertes chez les patients dépressifs au cours des séances de psychothérapie.

c.iii. Distorsions cognitives (erreurs logiques) et biais d'attributions

Le trouble de la personnalité dépendante comme chaque trouble de la personnalité résulte d'interprétations inadaptées concernant soi-même, l'environnement actuel et le futur(80). Ces schémas se traduisent par une attention sélective vis-à-vis des événements qui les confirment: Ils représentent donc une prédiction qui se réalise. A l'origine des interprétations se trouvent des erreurs logiques. Ces erreurs logiques, fréquemment retrouvés dans la clinique du sujet dépressif peuvent,

comme nous le verrons plus bas, relever de styles attributifs spécifiques.

Les dysfonctionnements de la pensée logique consistent en général en quelques grands types d'erreurs:

(1)Inférence arbitraire-Conclusions hâtives: C'est l'erreur logique la plus fréquente et la plus générale. Elle consiste à tirer des conclusions sans preuves. (exemple: "il n'a pas répondu à mon SMS, c'est bien la preuve qu'il ne me considère pas comme son ami")

Il s'agit de conclusions qui sont faites sur la base d'informations inadéquates ou impropres. Elles constituent des réponses stéréotypées aux situations à partir d'un postulat de base. Ainsi un patient dépressif qui avait à organiser des réunions: s'il parlait beaucoup pendant la réunion, il avait le sentiment que les autres allaient le rejeter du fait de son excès de pouvoir; inversement s'il parlait peu, il considérait que les autres allaient le rejeter car il ne leur apportait rien et il ne méritait pas bien la place pour laquelle il était payé. Le postulat de base était que de toute façon, il était une personne inadéquate à la situation.

On distingue 2 types d'inférences arbitraire:

- l'interprétation indue ou la lecture des pensées d'autrui: tendance à décider arbitrairement que quelqu'un a une attitude négative envers soi sans prendre la peine de procéder à une vérification. Cette attitude défaitiste permet de répondre à des réactions négatives imaginaires par la retraite ou la contre-attaque. Elle permet aussi de justifier des appréhensions.
- l'erreur de prévision: tendance à prévoir le pire et se convaincre que la prédiction est confirmée par les faits. La prédiction est considérée comme un fait même si elle a peu de chance de se réaliser.

(2)Abstraction sélective, filtre mental , qui consiste cette fois à se centrer sur un détail souvent hors contexte de façon à ce que la forme et la signification globale de la situation ne soit pas perçue ni enregistrée de façon réaliste et adéquate. Le sujet rétrécit la variance des stimuli possibles pour ne retenir que ceux qui vont dans le sens de son idiosyncrasie: échec, danger, incapacité, impuissance. Exemple : "j'ai réussi mon examen, mais j'ai fait des erreurs idiotes"

(3)Généralisation/ Surgénéralisation : A partir d'un seul incident, le sujet va étendre à toutes les situations possibles une expérience malheureuse isolée. Un échec professionnel limité deviendra le signe avant-coureur d'un échec irrémédiable qui se profile dans le futur pour

toutes les situations possibles à venir. Consiste donc à appliquer à toutes les situations possibles à partir d'une expérience unique ("*cette fille n'a pas voulu sortir avec moi, c'est bien la preuve que je n'arriverai jamais à sortir avec une fille*").

(4)Disqualification du positif ("*on me dit des choses gentilles, mais c'est juste pour me faire plaisir*") qui consiste à attribuer une moindre valeur aux réussites et aux événements positifs. Le sujet répond à un processus inverse du style attributif interne (reconnaissance de sa propre intervention et responsabilité dans les événements positifs)

(5)Maximalisation du négatif qui consiste à attribuer une plus grande valeur aux échecs et aux événements négatifs. Le sujet dépressif exagère sa responsabilité et s'attribue la responsabilité des événements négatifs.

(6)Exagération ou Dramatisation : tendance à accorder une importance démesurée à ses propres erreurs, craintes et imperfections. Dramatiser équivaut au fait de prendre un événement désagréable, mais banal, et à lui donner une importance extraordinaire, et cauchemardesque.

(7)Minimalisation : ("*j'ai été prise à ce concours. C'est sûrement parce qu'il y avait peu de candidats.*"), processus inverse de l'exagération, consiste à diminuer l'importance de ses points forts, en les voyant petits. Ces 2 phénomènes incitent à se voir inférieur aux autres.

(8)Personnalisation : elle consiste à surestimer les relations entre les événements défavorables et l'individu lui-même. La personnalisation conduit à un sentiment de culpabilité. Tout ce qui peut avoir trait à la vulnérabilité individuelle, l'échec, l'incapacité, à la dépendance et à l'agressivité et/ou à l'indifférence des autres sera ainsi relié automatiquement à la responsabilité personnelle du sujet. Autrement dit, la personnalisation consiste à ramener à soi la responsabilité de toute expérience vécue ("*je me sens coupable du divorce de ma fille, je lui ai donné un mauvais modèle de couple.*") Elle équivaut donc à un processus d'attribution interne radical, proche de la culpabilité exagérée et témoin d'une certaine intensité de dépression. C'est aussi l'erreur consistant à penser pouvoir gérer la vie des autres (alors qu'on ne peut que l'influencer). Le schéma d'omnipotence sous-tend ce procédé cognitif.

(9) Dichotomie et pensées dichotomiques ("si je n'ai pas été choisi, c'est que je suis nul.")

Une des principales caractéristiques de la pensée dépressive est son caractère manichéen.

Le sujet s'enferme dans l'alternative du tout ou rien. Tout se passe comme s'il était soumis à un ensemble d'impératifs catégoriques, particulièrement tyranniques. Il n'est rien s'il n'est pas tout ce qu'il devrait être. Il n'y a pas de modulation possible entre des idéaux grandioses et souvent vagues, et le sentiment d'impuissance à les atteindre. L'ambition n'est pas en soi pathologique et dépressogène, mais le dépressif est dans l'incapacité à modifier les buts de l'existence en fonction des circonstances et du hasard. S'il échoue, c'est un échec. S'il réussit, c'est encore un échec peut-être encore plus grave car « *il avait tout pour réussir* ». Le patient déprimé inverse alors l'ambition impossible pour la transformer en descente volontaire vers des buts qu'il considère comme médiocres et qui correspondent à une image dévalorisée de soi. Ainsi un patient avait demandé, sans y être contraint, une rétrogradation dans son emploi dans la mesure où il n'avait pu faire face aux obligations pourtant limitées liées à sa récente promotion.

Ellis et coll. ont mis l'accent sur le rôle de ces auto-injonctions automatiques qui représentent des règles implicites de conduite. Elles ont toutes la caractéristique d'être des impératifs catégoriques dont la non-observance est assortie de menaces qui annoncent des sanctions morales et sociales. On peut citer en exemple certaines injonctions particulièrement fréquentes chez des sujets présentant des troubles névrotiques et plus spécifiquement des troubles dépressifs:

"Je dois toujours tout contrôler sinon je ne vauds rien"; "je n'ai pas le droit d'avoir du plaisir sexuel sans le payer par des ennuis"; "je dois faire en sorte d'être aimé par tout le monde sinon je serai rejeté"; "je dois partout et toujours faire le bonheur des autres avant le mien"; "la justice, l'amour et la bonté doivent partout et toujours régner sur le monde"...

Ces injonctions reflètent les schémas profonds du patient dépressif.

Il faut noter que ces postulats sont banals et largement répandus dans une culture donnée. Chez le patient dépressif, ils sont simplement plus rigides, inflexibles, sans nuances.

(10) Fausses obligations/auto-injonctions automatiques ("je dois faire le ménage chez moi ce soir")

tendance à essayer de motiver par des "je dois/ je ne dois pas", comme s'il fallait se battre pour se convaincre d'agir, suscitant ainsi un sentiment de culpabilité qui engendre apathie et fait perdre toute motivation. Le fait d'attribuer ces obligations aux autres éveille un sentiment de frustration, de colère et de ressentiment, causant bien des crises émotives et des déceptions inutiles.

(11)Raisonnement émotionnel ("*je suis désespérée, c'est bien la preuve que mes problèmes sont insolubles*") : tendance à présumer que les sentiments les plus sombres, comme des preuves, reflètent nécessairement la réalité des choses. Ces raisonnements jouent un rôle majeur dans la plupart des dépressions.

(12)Erreurs d'étiquetage ("*je suis nul*" / "*c'est un monstre*") tendance à s'apposer une étiquette négative, à la suite d'une erreur qui part d'un sentiment d'imperfection ou de faiblesse ("*je suis un perdant*"), plutôt que de qualifier l'erreur. C'est aussi accoler une étiquette à une autre personne quand son comportement déplaît, risquant d'attirer l'antipathie de sa part. C'est une forme de généralisation à outrance. Les erreurs d'étiquetage reposent sur le fait de décrire quelque chose par des mots inexacts et chargés d'émotions.

L'étude que nous avons faite ci-dessus des principales distorsions cognitives du déprimé montre que ces distorsions tendent à **assimiler** au schématisme négatif les événements, au lieu d'**accommoder** et donc de modifier ce schéma en fonction d'un raisonnement plus réaliste, plus nuancé et décentré.

Le **biais attributif externe**, non clairement défini dans cet inventaire, est pourtant fréquemment retrouvé sous la forme suivante : « *J'ai toujours l'impression que les événements négatifs de ma vie sont le fait d'autres personnes* » « *Le déroulement de mon existence est surtout sous le contrôle de gens puissants.* » « *Si je n'obtiens pas ce que je veux, c'est par manque de chance* », « *si les gens décidaient qu'ils ne m'aimaient pas, alors je ne me ferais probablement pas beaucoup d'amis* » etc... Ceci pourrait nous inciter à conceptualiser un nouveau type de distorsion cognitive.

d) Événements, produits cognitifs.

Les événements cognitifs représentent le produit du traitement de l'information par les schémas et les processus cognitifs définis ci-dessus(43). La définition que l'on en donne pour focaliser l'attention du sujet sur eux est la suivante: "*soit une pensée, soit une image visuelle dont vous n'êtes peut-être pas conscient à moins de vous concentrer sur elle.*"

Les "produits" cognitifs sont des monologues intérieurs, des dialogues internes, des auto-verbalisations, des pensées, ou des images mentales. Ils ont tendance à apparaître rapidement, de manière automatique(81), bloquent la communication interpersonnelle et reflètent les émotions.

Ces cognitions représenteraient "*la voie royale vers l'émotion*" (Beck).

Émotions et pensées automatiques sont déclenchées par des situations ambiguës, que le sujet dépressif interprète systématiquement de manière négative, alors que d'autres interprétations étaient tout aussi ou même plus vraisemblables.

e) Triade cognitive

Beck et ses collaborateurs ont mis en évidence que le vécu dépressif est dominé par le traitement de cognitions négatives qui se manifestent sous la forme de pensées automatiques. Automatique ne signifie pas volontaire. Le sujet dépressif ne choisit pas d'être attentif aux événements déplaisants et à eux seuls, mais se trouve obligé de le faire.

Cliniquement, la pensée automatique est ressentie par le sujet comme le dévidement incontrôlable de pensées, d'images mentales, de rêveries éveillées et de souvenirs dont la tonalité sombre module les thèmes de passéisme nostalgique, de désespoir et d'auto-dépréciation.

Ce ressassement incoercible a été présenté par Beck sous une forme syndromique. Il a ainsi décrit la « triade cognitive » qui se définit comme un ensemble de jugement pessimiste sur *soi-même, le monde extérieur et le futur*.

Les cognitions sur l'environnement et les autres peuvent être évoquées de la façon suivante : "*Ce monde est pourri*", "*Les gens sont égoïstes*".

Le sujet cristallise ainsi sa résignation à la toute-puissance des autres et laisse apparaître, dans ses ruminations, son manque de maîtrise et d'emprise sur les événements qu'il subit, et son désespoir quand aux changements possibles. Cette décharge des responsabilités sur autrui relève, comme nous le verrons dans le chapitre suivant, d'un mécanisme d'attribution profondément externalisé.

III. Concepts d'attribution

Différents postulats antérieurs, comme celui d'attribution causale développé par Fritz HEIDER, ou encore la théorie de l'apprentissage sociale de BANDURA, ont influencé la conceptualisation du locus de contrôle par ROTTER.

Avant de développer le système qui nous intéresse, un rappel historique de ces différents concepts s'avère nécessaire.

1. Concept d'attribution causale développé par Fritz Heider

Les recherches sur l'attribution ont été inaugurées dès 1944 puis surtout en 1958 dans son célèbre ouvrage « *The psychology of interpersonal relations* ». Ce dernier définit l'attribution comme « *le processus par lequel l'homme appréhende la réalité et peut la prédire et la maîtriser. C'est la recherche par un individu des causes d'un événement* »(82). Heider parle d'*auto-attribution* lorsque l'événement concerne un sujet qui réalise l'attribution causale en tant qu'acteur. S'il s'agit d'un autre individu, le sujet est observateur et on parle d'*hétéro-attribution*. Deux ensembles de causes sont distingués : les causes internes (dispositions, traits de personnalité) et les causes externes (situation). En 1972, Kelley y introduit la notion de schéma de causalités. Ces schèmes sont un ensemble de croyances que nous avons et qui concernent la façon dont la combinaison de causes produit certains effets(83). Le schéma causal implique les émotions et l'expérience de l'individu dont il se servira pour évaluer ces causes. L'explication est causale mais aussi sociale puisque cette cause à l'origine de l'effet est déterminée en fonction des nombreux filtres sociaux liés à appartenance, l'identité, la culture et l'éducation.

2. Concept de la théorie de l'apprentissage et de la théorie sociale cognitive (TSC), de Bandura

Albert Bandura, fondateur de cette théorie, publiera, en 1953, son livre : « *Social Foundation of Thought and Action : A Social Cognitive Theory.* »

La TSC provient de la psychologie et tire ses racines du behaviorisme et de la psychologie sociale. Le béhaviorisme fut l'objet d'un débat important sur la possible existence de processus médiateurs entre le stimulus et la réponse. Certains psychologues avaient déjà proposé la notion de médiateur : on peut penser à W. James avec sa notion d'habitude(84), Freud avec sa notion de pulsion(85,86), Tolman avec celle de la cognition (concept d'attente, 1953)(87). Avec l'introduction de la cognition, les trois variables du comportement se trouvaient réunies pour l'élaboration de la théorie de l'apprentissage social. Elle présentait les fondements de l'apprentissage : renforcement, punition, extinction et imitation d'un modèle.

Contrairement aux théories béhavioristes, la théorie de l'apprentissage social spécifiait l'existence d'un médiateur entre le stimulus et la réponse, affirmant le rôle prépondérant de la cognition dans cette approche: l'être humain n'est plus seulement un jouet de l'environnement mais un individu possédant un système de contrôle prévalent sur une réponse comportementale face à un stimulus. Même s'il existe différentes versions de la théorie de l'apprentissage social, toutes s'entendent sur trois principes de base(88) :

- Principe 1 : *« La conséquence de la réponse (telle que la récompense ou la punition) influence la probabilité de la reproduction du même comportement dans une situation donnée; principe également partagé par le béhaviorisme. »*
- Principe 2 : *« Les être humains apprennent par observation et imitation; de plus, ils peuvent apprendre en participant personnellement à cet apprentissage. »*
- Principe 3 : *« Les individus ont tendance à modeler leurs comportements en observant certains autres auxquels ils peuvent s'identifier; cette identification se fait en fonction de l'évaluation du niveau de similarité qu'une personne a envers une autre, ainsi que du niveau d'attachement liant cette personne à une autre. »*

La théorie de l'apprentissage social considère que la dépendance est un comportement acquis lors de l'enfance par cessation des besoins provoquée par l'assistance de la mère. Le comportement de dépendance se trouve ensuite renforcé par l'apprentissage social. Au départ la mère fournit des gratifications matérielles et psychologiques à l'enfant et se retrouve associée au plaisir éprouvé par ce dernier en devenant une sorte de *renforçateur secondaire*. Les croyances et les attentes de l'enfant quant à la mère sont généralisées aux autres sujets potentiellement pourvoyeurs de gratifications (enseignants, amis...) ce qui explique la recherche de relations de dépendance auprès d'eux.

Plus récemment la théorie de l'apprentissage social a été complétée en y incluant des théories cognitives mettant l'accent sur les processus cognitifs plutôt que sur les conditionnements. Ces processus cognitifs permettent d'expliquer le passage des traits de personnalité dépendants et passifs vers les comportements observés.

Dans cette optique, la dépendance affective a été considérée comme étroitement liée à la dépression. La dépendance affective est conceptualisée comme un style attributionnel selon lequel le sujet se perçoit faible, passif et incapable d'influencer le cours des événements dans un sens qui lui est favorable (Debray et Nollet, 1995)(89).

Sur le plan évolutionniste, des modèles théoriques de dépression ayant en commun la dépendance affective comme facteur de vulnérabilité ont été proposés. Certains ont évoqué la notion de "dépression dépendante" (Blatt S, 1974)(90–92), se caractérisant par des sentiments d'insuffisance, une peur de l'abandon et le besoin d'être aidé. Les sujets à risque de dépression "dépendante" auraient un besoin intense de relations étroites avec les autres et craindraient l'abandon. Les situations de perte peuvent faire décompenser les sujets.

3. Théorie "Locus of Control" (Rotter)

3.1 Historique

Le locus de contrôle (ou « lieu de contrôle ») est un concept de psychologie proposé par Julian ROTTER en 1954 qui décrit le fait que les individus diffèrent dans leurs appréciations et leurs croyances sur ce qui détermine leur réussite dans une activité particulière, ce qui leur arrive dans un contexte donné ou, plus généralement, ce qui influence le cours de leur vie. Les personnes croyant que leur performance ou leur sort dépendent surtout d'eux-mêmes ont un locus de contrôle dit « interne ». Celles persuadées du contraire (c'est-à-dire que l'issue est avant tout déterminée par des facteurs extérieurs, hors de leur influence) ont un locus de contrôle dit « externe ». *Par exemple, un candidat échouant à un examen (comme le permis de conduire) attribuera son échec à une cause externe (examen difficile, manque de chance ou examinateur sévère) s'il a un locus contrôle plutôt externe, mais à ses propres erreurs, son manque de travail ou de concentration s'il a un locus de contrôle plutôt interne.*

Enraciné dans une théorie de l'apprentissage qui, encore fort proche d'une théorie classique de type stimulus-réponse (S-R), était peut-être un peu courte pour recouvrir adéquatement les problèmes de pratique clinique à laquelle elle devait contribuer, le concept de « locus of control », tel que Rotter l'opérationnalise par la suite, reste organisé autour de la notion de renforcement, qu'il assortit d'harmoniques plus dynamiques :

"Le rôle du renforcement, de la récompense ou de la gratification est considéré, par tous ceux qui étudient la nature humaine, comme ayant une importance exceptionnelle dans l'acquisition et dans l'exercice des techniques de la connaissance. Pourtant, un événement, que certaines personnes considèrent comme une récompense ou comme un renforcement, peut être perçu par d'autres différemment et susciter chez eux d'autres réactions. L'un des déterminants de cette réaction, c'est l'intensité avec laquelle un individu considère que la récompense qui suit son comportement ou ses propres "attributs", ou qui en dépend, par comparaison avec l'intensité avec laquelle il ressent cette récompense comme étant contrôlée par des forces qui lui sont extérieures et qui peuvent intervenir de l'extérieur sur ses actions. En d'autres termes, chez un sujet humain, l'effet du renforcement consécutif à un comportement n'est pas un simple processus d'enregistrement, mais il dépend du fait que ce sujet perçoit ou ne perçoit pas une relation causale entre son comportement et la récompense. La perception de cette relation causale n'est pas de l'ordre du tout ou rien: elle peut varier en intensité. Quand un renforcement est perçu par le sujet comme consécutif à telle ou telle de ses actions mais comme n'en étant pas intrinsèquement dépendant, alors, dans le cadre de notre culture, ce renforcement est perçu comme le résultat du hasard ou du destin, en tant qu'il serait sous le contrôle d'"altérités puissantes" (powerful others), ou en tant qu'il serait impossible à prévoir vu la complexité des forces environnantes. Quand l'événement est interprété de cette façon par un individu, nous disons qu'il s'agit d'une croyance en un contrôle externe. Quand l'individu considère que l'événement dépend de son propre comportement ou qu'il dépend de caractéristiques relativement permanentes et propres à cet individu, nous disons qu'il s'agit d'une croyance en un contrôle interne."(Rotter, 1966)(93–95).

En tant que principe général, le contrôle interne se réfère à la perception d'événements positifs et/ou négatifs, par un individu, comme étant la conséquence de son action, et comme étant, par là, sous son contrôle personnel. Le contrôle externe se réfère à la perception d'événements positifs et /ou négatifs comme n'ayant pas de lien, dans certaines situations, avec ses comportements, et comme étant, de ce fait, hors de son contrôle personnel.(96–98)

C'est dans cette distinction entre contrôle interne et contrôle externe que la recherche ultérieure a opérationnalisé sous des formulations plus lapidaires. C'est également dans ce cadre conceptuel qu'un certain nombre d'échelles d'attitude ont été construites(99–101): elles introduisent une métrique destinée à doser, chez des sujets que l'on peut par ailleurs, considérer comme représentatifs d'un sous-groupe culturel particulier, ce qui relève de la croyance en un contrôle externe et de la croyance en un contrôle interne dans la lecture qu'ils font de leurs attitudes, de leur situation (générique ou conjoncturelle) et de leur environnement.

Certains auteurs admettent que le locus de contrôle est une dimension de la personnalité, relativement stable dans le temps(100). Cela en fait un élément important dans la psychologie de la santé et du soin auprès des malades, dans la psychologie de l'éducation ainsi que dans la psychologie du travail . Néanmoins, le locus de contrôle peut être affecté par différents facteurs dont la valence affective de la situation: d'une manière générale, les échecs personnels sont perçus comme davantage dus aux circonstances extérieures tandis qu'on a tendance à adopter un locus de contrôle plus interne vis-à-vis de ses propres succès.

3.2 Facteurs influençant le locus de contrôle

Des études de psychologie différentielle montrent que le locus de contrôle varie fortement d'un sujet à l'autre, mais est relativement stable chez une même personne au cours du temps. Toutefois, il existe différents facteurs qui peuvent modifier plus ou moins durablement le score d'internalité (ou d'externalité) d'un individu.

3.3 Norme d'internalité

Beauvois fait remarquer qu'il existerait une « norme d'internalité »(102,103) qui consisterait à mettre en avant des explications internes au détriment des explications externes lors d'explications causales (renforcements et comportements). En effet, de manière générale, la culture occidentale a tendance à valoriser les individus internes, plutôt que les individus externes. C'est pourquoi, les individus voulant se montrer sous un angle favorable à autrui auront plutôt tendance à mettre en avant des explications internes (qu'il s'agisse de comportements ou renforcements, négatifs comme positifs). Cette norme est transmise par les institutions socioculturelles (écoles, formations professionnelles etc.).

3.4 Arguments en faveur de la théorie du Locus of Control

Les individus présentant une orientation interne, parce qu'ils perçoivent les tâches sous l'influence de leur comportement ou de leurs caractéristiques personnelles, devraient montrer plus de comportements orientés vers la performance que ceux présentant une orientation externe (62). De nombreuses recherches sur la valeur du locus de contrôle mettent en avant le postulat qu'il est bon, adaptatif et sain d'être interne, et au contraire mauvais et inadapté d'être externe(104). En effet, il a été observé que les sujets internes avaient tendance à mieux réussir dans les domaines professionnels et scolaires que les sujets externes, seraient plus motivés à réussir et à accéder à l'autonomie, et plus à même d'assumer des postes à responsabilités. Ils seraient plus performants et plus actifs dans la recherche et le traitement de l'information. Un même constat peut être dressé dans le cadre du système éducatif. Aussi, tout un ensemble de recherche tend à indiquer que les sujets internes sont plus adaptés en matière de bien-être(105). Ils sont plus aptes à s'ajuster sur le plan émotionnel, disposent d'une meilleure estime de soi, sont moins anxieux et sont moins enclins à la dépression (Rascle et Bruchon-Schweitzer, 2004)(106–109).

3.5 Biais de la représentation

Bien que la norme d'internalité soit assez stable dans le temps, il ne faut pas oublier qu'elle reste toutefois subjective. En effet, certaines prises de positions pourront nous paraître externes/internes alors qu'elles seront bien différentes.

La « chance » reste une donnée très relative. En effet, un sujet peut avoir de la chance de manière exceptionnelle sans être externe. Ainsi, si un sujet achète les deux dernières places de son concert préféré, il a eu de la chance (attribution externe) sans être pour autant un sujet externe.

3.6 Instruments

Il existe très peu d'instruments de mesure validés du Locus of Control (ou de style attributionnel). Le locus de contrôle est souvent défini à l'aide de questionnaires ou de tests psychologiques.

L'échelle établie par Rotter sur la base d'un questionnaire à choix forcé de trente items reste la plus largement utilisée au niveau international(110–113).

Plus spécifiquement, l'IPC de Levenson qui mesure, en plus de l'internalité, l'influence d'un autrui tout-puissant et le facteur chance (hasard), a des qualités psychométriques satisfaisantes dans sa version française dirigée par Loas(99).

Elle se définit par 24 énoncés regroupés en trois sous-échelles: internalité (*I*), externalité associée au pouvoir d'autrui (*PO*) et externalité associée au hasard (*C*). Pour chaque item, le système de réponse se présente sur une échelle ordinale de 6 points allant de 1 pour « tout à fait en désaccord » à 6 pour « tout à fait d'accord ». Chaque sous-échelles comprend 8 items:

- (I): items 1, 4, 5, 9, 18, 19, 21, 23.
- (P): items 3, 8, 11, 13, 15, 17, 20, 22.
- (C): items 2, 6, 7, 10, 12, 14, 16, 24.

Chaque sous-score est obtenu par sommation des items auxquels on ajoute 24. Le sous-score varie entre 0 et 48.

Nous disposons également du Questionnaire de style attributif (Attributional Style Questionnaire-ASQ, pas de traduction française validée à ce jour). Il permet de connaître la façon dont les individus expliquent les événements survenus dans divers domaines de leur vie selon 3 dimensions causales : l'internalité/externalité, la globalité/spécificité et la stabilité/instabilité(114). Il s'agit de noter les réponses du patient sans lui fournir de liste explicative. Ses attributions libres sont ensuite codées selon les 3 dimensions causales. Le patient devra évaluer 12 situations hypothétiques, la moitié étant composée d'événements positifs, l'autre d'événements négatifs. Les événements peuvent être séparées en 2 types : les événements *interpersonnels* (« affiliation-interpersonal ») et les événements d' *accomplissement* (« achievement-related »). Ces différentes dimensions permettent une étude plus fine du style attributif.

Il n'existe, à notre connaissance, aucun outil en langue française permettant d'identifier le style « optimiste » (faisant des attributions stables et globales en situation de réussite et instables et spécifiques en situation d'échec) versus « pessimiste » (présentant un profil attributionnel inverse).

IV. Parentés cognitives entre sujets dépressifs et sujets dépendants.

Le trouble de la personnalité dépendante et la dépression semblent appartenir au même spectre psychopathologique. La dépression, les cognitions dépressives, la dépendance et la faible estime de soi sont des dimensions fortement corrélées et pourraient représenter des facettes d'un facteur plus général de psychopathologie.

Nous avons fait l'hypothèse que le phénomène d' «attribution externe » pourrait constituer un lien de corrélation entre la dépendance et la dépression.

Dans ce chapitre, nous étudierons dans un premier temps, la place de la dépendance dans la vulnérabilité cognitive à la dépression et les parentés cognitives existant entre ces deux entités.

Puis, nous analyserons plus précisément le rôle du lieu de contrôle dans l'étiopathogénie du TPD et du trouble dépressif.

1. Place de la dépendance dans la vulnérabilité cognitive à la dépression

S'ils nous aident à appréhender notre environnement en nous permettant de ne pas avoir à tout réinventer lorsque nous faisons face à une situation déjà rencontrée, les schémas cognitifs et les pensées automatiques irrationnelles peuvent également nous handicaper, car ils sont très réducteurs, déformant à outrance la réalité.

Nous allons maintenant étudier les spécificités des cognitions classiquement observées dans la dépression.

Weissman A. a beaucoup étudié les schémas cognitifs chez les patients dépressifs(100). Ces travaux ont permis d'exposer 7 grands schémas cognitifs "classiques" fréquemment retrouvés, à des degrés divers, et qui peuvent être distingués chez les personnes dépressives ou ayant une vulnérabilité à la dépression.

Voici la liste de ces postulats silencieux (traduits par Blackburn M et Cottraux J, 1990) :

1. Mon amour propre dépend de l'estime des autres. (approbation)
2. L'amour est nécessaire à mon bonheur. (amour)
3. Ma valeur dépend de mon travail. (réussite/réalisations)
4. Je dois être irréprochable. (perfectionnisme)
5. J'ai droit à un certain nombre de choses. (conscience de son propre droit)

6. Je suis à l'origine de ce qui se passe autour de moi. (omnipotence)
7. Mon bonheur ne dépend pas de moi, mais de paramètres extérieurs. (autonomie)

Un test d'évaluation, l'échelle des croyances dysfonctionnelles (DAS : Dysfonctionnal Attitude Scale; Weissman A., Burns D.) permet de mettre en évidence chez une personne les postulats silencieux qui pourraient potentiellement induire une dépression. Les items, regroupés en domaines, sont décrits ci-dessous.

NB : les items directement en lien avec les conceptions de la personnalité dépendante seront soulignés.

1.1 Les cognitions en lien avec l'*approbation*:

1 – Une critique ennuiera forcément la personne qui la recevra

2 – Il vaut mieux abandonner ses propres intérêts pour plaire aux autres.

3 – J'ai besoin de l'approbation des autres pour être heureux.

4 – Si une personne importante à mes yeux attend quelque chose de moi, je dois le faire.

5 – Ma valeur, en tant que personne, dépend grandement de ce que les autres pensent de moi.

Nous observons qu'il existe au moins 4 items sur 5 du domaine « Approbation » qui se rapprochent directement des items 3 et 5 de définition de la personnalité dépendante du DSM IV révisé (*item 3. A du mal à exprimer un désaccord avec autrui de peur de perdre son soutien ou son approbation./ item 5. Cherche à outrance à obtenir le soutien et l'appui d'autrui, au point de faire volontairement des choses désagréables.*)

Le 5ème item nous rappelle particulièrement le propos de Chodoff qui définit la dépendance comme « la mesure dans laquelle l'estime de soi d'une personne est maintenue presque exclusivement par l'approbation et le soutien d'autrui ». Ainsi, le manque de gratification, de soutien et d'encouragement par autrui entraîne chez la personne dépendante la perte du sentiment de sécurité et de confort et tend à diminuer l'estime de soi.

1.2 Les cognitions en lien avec *l'amour*:

6 – Je ne peux pas être heureux si je ne suis pas aimé de quelqu'un d'autre.

7 – Si les autres ne nous aiment pas, on n'est forcément moins heureux.

8 – Si ceux que j'aime me rejettent, cela signifie que j'ai quelque chose qui ne va pas.

9 – Si une personne que j'aime ne m'aime pas, cela signifie que je ne suis pas digne d'amour.

10 – L'isolement rend forcément malheureux.

Ici encore, on constate que l'ensemble des items du domaine relatif à l'amour correspondent à la dimension « attachement/ abandonnique » du spectre psychopathologique de la personnalité dépendante. Manque d'amour de soi et insécurité affective en sont les notions centrales. Ils révèlent la perception du manque de stabilité ou de fiabilité dans le lien relationnel qui existe entre le sujet et les personnes importantes de sa vie. La relation à l'autre n'est jamais pleinement sécurisante, le sujet vit dans une crainte permanente d'être abandonné.

Les conséquences à court terme sont le désespoir, l'apparition d'affects et de cognitions dépressives, ainsi que des idées suicidaires avec éventuels passages à l'acte qui visent bien à interpeller l'entourage.

1.3 Les cognitions en lien avec *la réussite, les réalisations*:

11 – Pour être une personne de valeur, je dois être véritablement exceptionnel dans au moins un domaine.

12 – Je dois être utile, productif et créatif, ou la vie ne vaut pas la peine d'être vécue.

13 – Les gens qui ont de bonnes idées ont plus de valeur que les autres.

14 – Si je ne réussis pas autant que les autres, cela veut dire que je suis inférieur.

15 – Si j'échoue dans mon travail, cela veut dire que je suis un raté.

3 items sur 5 se rapprochent du spectre psychopathologique de la « dépendance/incompétence » : manque de confiance en ses capacités, sentiment d'impuissance fréquemment retrouvé dans le TPD.

1.4 Les cognitions en lien avec le *perfectionnisme*:

16 – Si on ne peut pas faire une chose bien, mieux vaut ne pas la faire.

17 – Il est honteux d'afficher ses faiblesses.

18 – Il faut essayer d'être le meilleur dans ce que l'on entreprend.

19 – Si je fais une erreur, il est normal que cela me bouleverse.

20 – Si je ne me fixe pas les objectifs personnels les plus élevés, je finirai probablement par être une personne de second ordre.

Au moins 3 items sur 5 peuvent être analysés dans une perspective de dépendance pathologique fortement corrélée, comme nous l'avons étudié plus haut, avec une baisse d'estime de soi. Les composantes d'amour de soi (se respecter quoi qu'il advienne, écouter ses besoins et ses aspirations) la vision de soi positive (croire en ses capacités, se projeter dans l'avenir) et la confiance en soi (agir sans crainte excessive de l'échec et du jugement d'autrui) sont ici profondément altérées. Le sentiment d'incompétence est présent avec pour corollaire de ne pas entreprendre par crainte de l'échec.

1.5 Les cognitions en lien avec la *conscience de son droit propre*:

21 – Si je pense mériter quelque chose, je dois m'attendre à l'obtenir.

22 – On se sent forcément frustré lorsque des obstacles nous empêchent de parvenir à nos fins.

23 – Si je fais passer les besoins des autres avant les miens, alors ils devraient m'aider lorsque j'ai besoin d'eux.

24 – Si je suis un bon mari (une bonne épouse), il est normal que mon conjoint m'aime.

25 – Si je rends service aux gens, ils me respecteront et me traiteront aussi bien que je les traite.

Nous observons qu'il existe 3 items sur 5 du domaine « Conscience de son propre droit » qui coïncident avec les items 3 et 5 de définition de la personnalité dépendante du DSM IV révisé (*item 3. a du mal à exprimer un désaccord avec autrui de peur de perdre son soutien ou son approbation./ 5. cherche à outrance à obtenir le soutien et l'appui d'autrui, au point de faire volontairement des choses désagréables.*)

1.6 Les cognitions en lien avec l'*omnipotence*:

26 – Je suis responsable des sentiments et du comportement de mes proches.

27 – Si je critique la manière dont quelqu'un a fait quelque chose, et que cette personne se met en colère ou a du chagrin, cela veut dire que je l'ai blessée.

28 – Pour être une personne de valeur, je dois aider ceux qui en ont besoin.

29 – Si un enfant présente des troubles émotionnels, ou des troubles du comportement, cela veut dire que ses parents ont échoué dans un domaine important.

30 – Je devrais être capable de plaire à tout le monde.

3 items du domaine «Omnipotence » se rapprochent fortement du 3ème critère de définition de la personnalité dépendante du DSM IV révisé (*item 3. « a du mal à exprimer un désaccord avec autrui de peur de perdre son soutien ou son approbation. »*) On peut également souligner le caractère inhabituel pour une personnalité dépendante de présenter une attribution de type internalisée (par le mécanisme de la personnalisation, de la culpabilité..). Ceci peut être interprété en réalité comme une pseudo-attribution interne, une attribution externe « déguisée » (« *je suis responsable des sentiments des autres car les autres doivent m'aimer et ne pas m'abandonner* »[schéma d'omnipotence/conscience de son propre droit et passivité/agressivité]).

1.7 Les cognitions en lien avec l'*autonomie*:

31 – Lorsqu'un événement grave se produit, on peut difficilement maîtriser ses sentiments.

32 – Il est inutile de vouloir modifier les émotions déplaisantes, car elles sont un

élément normal et inévitable de la vie.

33 – Mon humeur dépend de facteurs qui échappent pour une large part à mon contrôle : mon passé, mes hormones, les bio-rythmes, le hasard, le destin...

34 – Mon bonheur dépend pour une large part de ce qui m'arrive.

35 – Les gens beaux, riches et célèbres sont forcément plus heureux que les autres.

Tout les items du domaine « Autonomie » sont directement en lien avec la problématique du manque de confiance en ses propres capacités (retrouvé dans la définition de la personnalité dépendante au sens du DSM IV) et laissent entrevoir le fort potentiel d'externalité de l'attribution des sujets vulnérables à la dépression.

Cette analyse nous a permis de mettre en évidence l'abondance des éléments conceptualisant la dépendance pathologique parmi les principaux schémas cognitifs de vulnérabilité à la dépression.

Nous allons maintenant étudier plus finement les liens existants entre le lieu de contrôle, le trouble de la personnalité dépendante et la dépression.

2. Influence du lieu de contrôle comme dimension de la personnalité dépendante

Comme nous l'avons défini plus haut, il existe plusieurs approches pour répondre au concept de la dépendance pathologique. Aussi, pour évaluer le lieu de contrôle des individus, Levenson(115) a proposé le questionnaire IPC avec 3 sous échelles : I pour locus interne [est-ce que la personne fait le lien entre ses propres actions et ce qui lui arrive?], P pour les Autres tout Puissants (Others Powerful) [est-ce que la personne fait le lien entre l'influence d'autrui et ce qui lui arrive?], et C pour Chance [est-ce que la personne fait le lien entre le hasard et ce qui lui arrive?].

Le lieu de contrôle est fréquemment considéré comme une dimension de la personnalité ou du moins comme une dimension secondaire, étant donné que le modèle dimensionnel de la personnalité n'en rend pas compte directement. L'internalité-externalité est un trait très général qui permet néanmoins de différencier des individus dans des situations spécifiques. Les cinq dimensions fondamentales et la structure hiérarchique des traits de la personnalité démontrent une

réelle pertinence dans l'évaluation dimensionnelle des troubles de la personnalité et recueillent un large consensus(116–118).

L'instrument le plus répandu et qui a été spécifiquement développé pour mesurer ses 5 dimensions est le NEO PI R de Costa et McCrae(119), instrument traduit en français par Petot(120). Le modèle des 5 facteurs comprend les dimensions suivantes:

- le Névrosisme (N) rend compte des différences individuelles de prédisposition à percevoir et à ressentir la réalité comme menaçante, problématique et pénible.
- l'Extraversion (E), représente la tendance à rechercher et à se confronter avec l'environnement.
- l' Ouverture aux expériences (O), renvoie à l'imagination et à la créativité.
- le caractère Agréable (A), est lié à la confiance et à l'altruisme.
- le caractère Conscientieux (C), comprend le contrôle des impulsions et le sens du devoir.

Ces 5 domaines se retrouvent dans la NEO PI R pour constituer au total 30 facettes de la personnalité (c'est-à-dire 6 facettes par domaine).

En 2000, Bornstein et Cecero(121) ont étudié les relations entre la dépendance affective et le modèle à 5 facteurs. Dans ces travaux, la dépendance affective était positivement associée au névrosisme et négativement associée à l'ouverture aux expériences, au caractère conscientieux et à l'extraversion. Les associations observées se modifiaient peu si la dépendance affective était définie dimensionnellement (échelles) ou catégoriellement (DSM).

Rossier et al(122) ont montré que chaque échelle de l'IPC de Levenson corrèle de manière spécifique avec certains traits de personnalité ou caractéristiques cliniques. Ainsi, le domaine N corrèle négativement avec l'échelle I mais positivement avec les 2 échelles de contrôle externe (PO et C). Les domaines E et C corrélaient positivement avec l'échelle I alors que les domaines O et A corrélaient négativement avec l'échelle P.

De façon plus précise, on observe que l'échelle I entretient de fortes corrélations négatives avec les facettes *Anxiété N1, dépression N3 et vulnérabilité N6* et négatives avec la *timidité sociale N4, l'impulsivité N5*. Elle entretient une forte corrélation positive avec la *compétence C1, la recherche de réussite C4*, et une corrélation positive avec le *grégarisme E2, l'asservitivé E3, l'activité E4, l'ouverture aux idées O5, l'ordre C2, le sens du devoir C3, l'autodiscipline C5 et la délibération C6*.

L'échelle P corrèle négativement avec la *chaleur E1*, les *émotions positives E6*, *l'ouverture aux rêveries O1*, *l'ouverture aux actions O4*, *l'ouverture aux valeurs O6* et la *confiance en soi A1* (qui manque justement au sujet dépendant [spectre de « dépendance/ incompétence »]). Cette échelle P a également des corrélations positives avec 2 facettes du domaine N : *l'anxiété N1* et la *dépression N3*.

L'échelle C corrèle positivement avec 4 facettes du domaine N : *l'anxiété N1*, la *dépression N3*, la *timidité sociale N4*, la *vulnérabilité N6*. En revanche, cette échelle C corrèle négativement avec *l'ouverture aux valeurs O6*.

On peut donc conclure qu'il existe une relation entre le trouble de personnalité dépendante défini par Bornstein et le lieu de contrôle externe comme l'attestent les nombreuses corrélations (élevées ou très élevées) retrouvées ici.

Ces résultats semblent confirmer les travaux de Ball et Young, qui ont travaillé sur les thérapies cognitives des patients dépendants(123–127), et qui identifient de fréquents biais d'attribution (la patient attribue à une cause externe ses événements de vie: il ne se félicite pas de ces réussites qu'il attribue à autrui, ce qui amène un schéma de dépendance (ex: "*j'ai eu cet examen parce que j'ai été aidé par un ami: je ne peux pas réussir seul.*").

Young a ainsi conceptualisé la notion de *schémas précoces inadaptés*. Ces schémas se construisent durant l'enfance et l'adolescence à travers les expériences et les interactions de l'enfant avec son entourage. Des attitudes parentales dysfonctionnelles qui ont trait à la valeur personnelle (absence d'affection, surprotection, perfectionnisme, criticisme) peuvent prédisposer à la dépendance et à la dépression. En particulier, les attitudes parentales critiques qui n'utilisent jamais l'approbation , ou encore une attitude de rejet des parents quand l'enfant échoue, peuvent engendrer des pensées dysfonctionnelles de type: « *Si je ne fais pas aussi bien que mes frères et sœurs, cela signifie que je suis un être humain inférieur.* », « *Si j'échoue en partie, c'est comme si j'échouais complètement.* »

En cela, les expériences initiales de socialisation à l'intérieur de la famille jettent les bases pour l'acquisition d'hypothèses dysfonctionnelles qui vont guider l'interprétation des événements négatifs.

L'apprentissage de l'intersubjectivité est perturbée. Le développement d'un équilibre narcissique dans la relation à autrui implique l'émergence protectrice de l'attribution externe. L'impuissance apprise, liée à un style éducatif parental rigide ou à des parents n'ayant pas eu eux-mêmes accès à l'intersubjectivité, inscrit la problématique dans une dynamique transgénérationnelle.

Une fois constitués, ces schémas devenus latents peuvent se réactiver à l'âge adulte dans une situation similaire à la situation originelle. Une fois activés, ces schémas, lorsqu'ils sont inadaptés ou trop rigides, peuvent entraîner des perceptions et des cognitions erronées de soi et du monde extérieur, susceptibles à leur tour de développer des pathologies telles que des affects dépressifs et une faible estime de soi(128).

Rossier et al.(122) ont également développé dans leur étude les liens entre la dépression et le lieu de contrôle.

L'échelle I corrèle négativement avec *l'inadéquation sociale, l'évitement, les réactions dépressives et la peur de l'erreur*. L'échelle I corrèle positivement avec *l'estime de soi, la dominance, la motivation et la résolution active de problèmes*.

L'échelle P corrèle positivement avec *l'hostilité, la rigidité, l'évitement, l'inadéquation sociale, les réactions dépressives et la peur de l'erreur*. P corrèle négativement avec *l'estime de soi, la résolution active de problèmes et la recherche de support social*.

L'échelle C corrèle positivement avec *l'hostilité, la rigidité, l'évitement, l'inadéquation sociale, les réactions dépressives et la peur de l'erreur*.

L'hypothèse explicative est qu'un patient au locus de contrôle externe, n'identifiant pas sa responsabilité dans le cours de sa vie, se désespérera plus rapidement et sera moins actif à la résolution des problèmes et à la recherche d'un soutien social efficace et adapté, qu'un patient au locus interne. Ainsi, ne pas s'attribuer la réussite ne lui permet pas de nourrir son estime de soi, ce qui induit une propension à la dépression.

Dans un premier temps protectrice de l'appareil psychique, l'attribution externe engendre ensuite passivité (Tout dépend des autres), dépendance, altération de l'estime de soi (qui n'est pas nourrie), angoisse, sentiment d'insécurité (Je ne contrôle pas mon destin) et conflits relationnels (qui sont des facteurs de stress et qui font le lit de la dépression).

Pour conclure, ces données confirment donc bien les liens puissants existants entre la personnalité dépendante et le lieu de contrôle externe comme dimension de ce trouble. Elle souligne également la vulnérabilité à la dépression qu'implique une telle conception de la relation causale du sujet à son environnement.

Discussion

Nous allons voir dans un premier temps que la logique des mécanismes d'attribution entre les deux entités pathologiques décrites est parfois complexe et révèle de nombreux paradoxes. Puis, dans un second temps, nous évoquerons les problématiques de la stabilité cognitive de ces attributions et de leurs liens avec les émotions, dans une perspective thérapeutique.

Nous allons donc maintenant tenter de répondre aux questions suivantes: Dans quelle mesure les attributions externes et internes sont-elles bénéfiques au sujet? Dans quelle mesure sont-elles délétères?

Il paraît intéressant de distinguer les attributions en fonction du type d'événement vécu, positif ou négatif.

En analysant la stratégie des sujets à haute estime de soi, nous avons vu que d'une manière générale, leur façon de faire (prendre des risques, chercher à développer leurs compétences, à repousser leurs limites) permet un maintien ou un développement régulier de leur estime de soi. Inversement, les personnes à basse estime de soi agissent peu afin d'être confronté le moins possible à l'échec. Ce n'est pas le cas des sujets à haute estime de soi: ils agissent, donc ils connaissent plus de réussites, mais aussi plus d'échecs. Comment font-ils pour gérer ceux-ci ?

C'est ce que permettent de comprendre les « *biais attributifs* ». A partir d'un événement négatif, nous avons tendance à attribuer certaines caractéristiques : *Ce qui s'est passé dépend de moi ou de l'extérieur, va se reproduire ou sera un fait isolé, est représentatif ou limité.*

Composer les caractéristiques de ces attributions permet aux sujets « sains » (ou à haute estime de soi stable) de s'accommoder d'un bon nombre de problèmes existentiels. Par exemple, nous avons vu que les sujets à haute estime de soi ont une propension irrésistible à s'attribuer les réussites (l'attribution interne a donc un effet renforçateur sur l'estime de soi de ces individus). En cas d'échec, ils peuvent imputer la responsabilité des échecs à des circonstances extérieures (Destin, malchance ou autres personnes- *processus d'externalité*) ou être plus spécifique dans leur autocritique (*conservation et spécification du processus d'internalité*) : « *J'ai été mauvais sur tel ou tel point* » (et non pas : « *j'ai été lamentable* »). Contrairement aux sujets à basse estime de soi et en vue de sauvegarder leur *self esteem*, les sujets à haute estime externalisent plus facilement les causes de l'échec, ne généralisent pas l'autocritique (mais la limitent et la rendent spécifique) et ne

tirent pas de conclusions sur la durée (instabilité de l'attribution). On entrevoit la fonction protectrice d'une telle conception de l'attribution.

Face à un échec ou un événement négatif, le sujet dépressif procède à un jugement de causalité **interne, global et stable**. Le sujet s'attribue ainsi toute la responsabilité de l'échec (internalité) et considère que celui-ci est définitif (stabilité) et s'étendra à tous les domaines de son existence (globalité).

Inversement en cas de réussite ou d'événement positif, le sujet va émettre des jugements externes (*le hasard, les autres sont la cause de ce qui arrive d'heureux*), spécifiques (*l'événement est lié à une circonstance très particulière*), et instables (*cela ne durera pas*).

Pourtant, une divergence émerge si l'on analyse à travers le **modèle reformulé de l'impuissance apprise** détaillé plus haut, l'implication des phénomènes d'attribution dans la genèse des événements dépressifs.

Nous y avons vu que l'état de résignation acquise se produit lorsque l'individu sait qu'il ne peut pas maîtriser l'événement négatif qui se produit. La présence d'une situation non contingente conduit à la perception que cette situation est incontrôlable, mais ce sont les *attributions de la non-contingence* qui conduisent à des conséquences psychologiques néfastes. Le processus d'attribution externe mis en place dans l'impuissance apprise conduit le sujet vers la dépression. Le sujet sera de plus, moins accessible à la psychothérapie, se percevant faible et incapable de résoudre ses problèmes.

Il est également important de constater qu'à partir d'un certain seuil de gravité (marqueur d'état) et précipitamment, le dépressif ressent impuissance et culpabilité (qui peut être considérée comme une expérience délirante *a minima*) et acquiert donc des mécanismes d'attribution profondément interne, qui le déservent. Ce mécanisme délétère semble, à l'heure actuelle, peu expliqué. Il témoigne de la très grande complexité des mécanismes psychopathologiques attributionnel en jeu dans la dépression.

Nous avons démontré que deux styles attributifs opposés peuvent contribuer à inscrire le sujet dans une dynamique dépressive, et que la stabilité ou du moins les frontières entre ces deux styles n'étaient pas invariables.

Eu égard à la nature des événements rencontrés, les stratégies d'attributions peuvent être très différentes en fonction du profil d'estime de soi. Et l'on comprend aisément que, selon les caractéristiques apportées par le sujet aux attributions, ces dernières pourront constituer une fonction protectrice ou au contraire justifier d'une véritable vulnérabilité à l'égard de la dépression.

Dans une perspective thérapeutique, il est important que concevoir l'importance du style attributif interne. Un sujet dépressif se montre en effet plus accessible à la psychothérapie s'il pense avoir un minimum d'emprise sur son environnement. Sa motivation et sa capacité de changement semblent directement tributaire de la force de son internalité. Comment un sujet qui attribue ses échecs à autrui pourrait-il s'imaginer un rôle dans une démarche de soin?

À cet effet, l'analyse clinique fine du style attributionnel semble disposé d'une portée thérapeutique pertinente. Elle postule une voie commune d'action dont l'enjeu consiste à permettre aux patients à basse estime de soi, dépendants et dépressifs de croire à leurs possibilités d'influencer eux-mêmes leurs propres comportements, c'est-à-dire d'augmenter leur internalité.

Cependant un nouveau paradoxe se pose quand on sait la difficulté à traiter un sujet borderline (dont on connaît la part constitutive d'externalité et de dépendance) qui s'effondre sur un mode dépressif. L'attribution externe constituerait-elle chez ces patients une protection primordiale de leur fragilité narcissique ? Quelles perspectives thérapeutiques peut-on décemment envisager pour ces patients?

Dans ce travail, nous avons également vu que l'attribution externe aux autres tout-puissants corrèle négativement avec l'estime de soi, la résolution active de problèmes et le recherche de support social. Il peut paraître étonnant, voire paradoxal, que les sujets dépendants, dénotant d'un style attributif externe, se voit opposés à la recherche d'un support social. Cependant, ce paradoxe pourrait être en partie expliqué par la dimension de passivité-agressivité observée chez ces sujets qui ne daignent chercher « activement » de l'aide auprès de leur entourage mais préfèrent se conforter dans une attente passive.

Le lieu de contrôle est fréquemment considéré comme une dimension de la personnalité ou du moins comme une dimension secondaire, étant donné que le modèle dimensionnel de la personnalité n'en rend pas compte directement. L'internalité-externalité est un trait très général qui

permet néanmoins de différencier des individus dans des situations spécifiques. Cependant, il faut remarquer que la stabilité des sujets à cette dimension secondaire est plus faible que celle que l'on observe à l'aide d'un questionnaire de personnalité classique. De toute évidence, les 3 échelles de l'IPC de Levenson ne parviennent pas à rendre compte de la personnalité dans son ensemble, mais décrivent les sujets selon des dimensions qui semblent importantes dans des circonstances et des états mentaux particuliers. On peut néanmoins se demander si le lieu de contrôle témoigne réellement d'un aspect de la personnalité ou s'il s'agit davantage d'une stratégie ou d'une manière d'appréhender et de comprendre la causalité et les relations entre les attentes et les renforcements.

D'un point de vue pratique, nous avons vu qu'il existe très peu d'instruments valides de mesure du Locus of Control ou de style attributionnel. L'échelle de Rotter, la plus largement utilisée au niveau international, ne définit aucunement le lieu de contrôle dans son rapport avec un type d'événement particulier (positif ou négatif). Elle n'évalue pas la globalisation -ou spécification- des phénomènes, pas plus qu'elle n'évalue la stabilité de ce lieu de contrôle.

En outre, il faut noter qu'il existe un biais dans l'analyse des événements recueillis en pratique : les patients dépressifs et dépendants relatent plus volontiers les événements négatifs de leur vie.

Comme nous l'avons vu, des schémas cognitifs latents peuvent représenter un des facteurs fondamentaux de la dépression. Nous les avons défini comme des représentations organisées de l'expérience préalable qui entraînent des distorsions systématiques des événements de vie. Les schémas donnent un sens dépressif au vécu, les affects dépressifs seraient ainsi secondaires au sens que donnent les schémas aux expériences individuelles. Les sujets sont finalement moins émus par les événements eux-mêmes (sens « objectif ») que par l'interprétation qu'ils construisent à leurs propos (sens « subjectif »). Ces schémas seraient activés en cas de situations stressantes.

Ce concept sous-tend l'idée qu'il devrait être possible de mesurer des traits de personnalité, ou un style cognitif stable, qui, entre les épisodes dépressifs, représenterait une constante, véritable marqueur de la vulnérabilité à la dépression.

Toutefois, le problème de la latence de schémas reste très controversé. Comme nous l'avons vu, les différentes études apportent des résultats très contradictoires. Malgré tout, l'attribution externe demeure un marqueur de la vulnérabilité dépressive, en dehors de l'état dépressif.

Dans la dépression comme dans le trouble de la personnalité dépendante, les rapports étroits entre facteurs environnementaux, biologiques, émotionnels et cognitifs restent peu clarifiés.

Dans le modèle cognitif, on peut s'interroger sur la primauté réservée aux cognitions face aux réactions affectives. Affects et cognitions seraient séparés bien qu'en interrelation.

Mais existe-t-il des affects sans cognitions ou des cognitions sans affects? Comme nous l'avons vu, certains patients ont des affects sans pensée, et d'autres des pensées sans affects. Il est donc essentiel d'envisager un modèle interactionnel de type circulaire.

Est-ce que l'expérience émotionnelle correctrice ne représenterait pas le processus thérapeutique fondamental? Pour répondre à cette question, il faudrait parvenir à isoler une composante émotionnelle « pure » parmi les différentes méthodes de thérapie cognitive. Mais, comme le montre l'étude des interactions entre comportement et cognition, il paraît difficile de dissocier la composante affective de la composante cognitive et de la composante comportementale.. C'est dans ce contexte qu'est née récemment, la troisième vague des TCC dites « émotionnelle »(129). Les émotions vont influencer la façon dont l'individu peut appréhender le monde qui l'entoure et y faire face. De nouveaux modèles continuent d'apparaître, telles la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) qui vise à restaurer une flexibilité psychologique chez les patients dépressifs, ou encore les thérapies de pleine conscience, inspirées des pratiques méditatives, qui sont utilisées pour la gestion du stress et contre les rechutes dépressives(130,131). Quelle place ces nouvelles approches laissent-elles au modèle cognitif des attributions?

Conclusion

Au delà des théories et des modèles classiques distinguant la dépendance pathologique comme un trait et la dépression comme un état, les travaux expérimentaux se sont rapprochés d'un modèle où la dépression et la dépendance étaient covariantes, c'est-à-dire pouvant être considérées comme les facettes d'un même facteur général de psychopathologie.

Nous avons observé, tout au long de ce travail, les liens puissants unissant la dépendance et la dépression. Nous avons montré comment les processus cognitifs et notamment le lieu de contrôle influencent la vulnérabilité cognitive à la dépression à travers les spectres psychopathologiques de la dépendance. Les nombreuses corrélations décrites révèlent que le style attributionnel externe constitue un marqueur de la vulnérabilité dépressive, en dehors de l'état dépressif.

Toutefois, de nombreux paradoxes persistent. Nous avons constaté que deux styles attributifs antagonistes peuvent contribuer à inscrire le sujet dans une dynamique dépressive, et que la stabilité ou du moins les frontières entre ces deux styles n'étaient pas invariables.

Ces contradictions mettent en exergue la complexité des mécanismes psychopathologiques en jeu. Des recherches ultérieures seront nécessaires pour valider ou invalider l'hypothèse d'un tel lien de corrélation entre la dépendance et la dépression et en préciser les ressorts.

Bibliographie

1. Jeammet P, Corcos M. Évolution des problématiques à l'adolescence. Doin; 2010.
2. Association AP, DSM-IV APATF on. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM IV-TR. American Psychiatric Publishing, Inc.; 2000.
3. Versaevel C. La dépendance affective et la psychiatrie : une mésentente. *L'Encéphale*. 2011 févr;37(1):25-32.
4. Livesley WJ, Schroeder ML, Jackson DN. Dependent personality disorder and attachment problems. *Journal of personality disorders*. 1990;4(2):131-40.
5. Freud S, Reverchon B. Trois essais sur la théorie de la sexualité. Gallimard; 1977.
6. Freud S. Deuil et mélancolie. De Boeck Université; 2004.
7. Freud S, Odier C. Malaise dans la civilisation. Denoël et Steele; 1934.
8. Freud S. La sexualité dans l'étiologie des névroses. Paris: Presses Universitaires de France. 1898;
9. Ferenczi S. Présentation abrégée de la psychanalyse. *Psychanalyse*. 1982;
10. Fenichel O. La théorie psychanalytique des névroses. 1953;
11. Bornstein RF, Rossner SC, Hill EL. Retest reliability of scores on objective and projective measures of dependency: Relationship to life events and interest interval. *Journal of Personality Assessment*. 1994;62(3):398-415.
12. Bornstein RF. The Dependent Patient: Diagnosis, Assessment, and Treatment. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2005;36(1):82.
13. Battaglia M, Ogliari A, Zanoni A, Citterio A, Pozzoli U, Giorda R, et al. Influence of the serotonin transporter promoter gene and shyness on children's cerebral responses to facial expressions. *Archives of General Psychiatry*. 2005;62(1):85.
14. Weaver IC., Cervoni N, Champagne FA, D'Alessio AC, Sharma S, Seckl JR, et al. Epigenetic programming by maternal behavior. *Nature neuroscience*. 2004;7(8):847-54.
15. Versaevel C. Personnalité dépendante et dépendance affective: stratégies psychothérapeutiques. *L'Encéphale*. 2011;
16. Shea MT, Leon AC, Mueller TI, Solomon DA, others. Does major depression result in lasting personality change? *The American Journal of Psychiatry*; *The American Journal of Psychiatry*. 1996;
17. Hirschfeld R, Klerman GL, Lavori P, Keller MB, Griffith P, Coryell W. Premorbid personality assessments of first onset of major depression. *Archives of General Psychiatry*. 1989;46(4):345.
18. Phillips KA, Gunderson JG, Triebwasser J, Kimble CR, Faedda G, Lyoo IK, et al. Reliability and validity of depressive personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1998;155(8):1044-8.

19. Akiskal HS, Hirschfeld R, Yerevanian BI. The relationship of personality to affective disorders: A critical review. *Archives of General Psychiatry*. 1983;40(7):801.
20. Hirschfeld RM, Klerman GL. Personality attributes and affective disorders. *The American journal of psychiatry*. 1979;
21. Hirschfeld RMA, Shea MT, Holzer CE. Personality dysfunction and depression. *Depression: Neurobiological, Psychopathological and Therapeutic Advances*. New York, Wiley. 1997;327-41.
22. Birtchnell J, Deahl M, Falkowski J. Further exploration of the relationship between depression and dependence. *Journal of affective disorders*. 1991;22(4):221-33.
23. André C, Lelord F. *L'Estime De Soi: S'Aimer Pour Mieux Vivre Avec Les Autures*. 1999.
24. Nemiah JC. Depressive neurosis. *Comprehensive Textbook of Psychiatry-H. Segunda Edición*. Freedman, Kaplan, Sadock (eds.). Baltimore, Williams and Wilkins Company. 1975;1255-63.
25. Hirschfeld RM., Klerman GL, Chodoff P, Korchin S, Barrett J. Dependency: Self-Esteem Clinical Depression. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*. 1976;4(3):373-88.
26. McCranie EJ. Depression, anxiety and hostility. *Psychiatric Quarterly*. 1971;45(1):117-33.
27. Palosaari UK, Aro HM. Parental divorce, self-esteem and depression: an intimate relationship as a protective factor in young adulthood. *Journal of affective disorders*. 1995;35(3):91-6.
28. Pardoën D, Bauwens F, Tracy A, Martin F, Mendlewicz J. Self-esteem in recovered bipolar and unipolar out-patients. *The British Journal of Psychiatry*. 1993;163(6):755-62.
29. Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. 1976.
30. Abramson LY, Seligman ME, Teasdale JD. Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *J Abnorm Psychol*. 1978 févr;87(1):49-74.
31. Miller DT, Ross M. Self-serving biases in the attribution of causality: Fact or fiction? *Psychological bulletin*. 1975;82(2):213.
32. Tennen H, Affleck G. *The puzzles of self-esteem: A clinical perspective*. 1993;
33. Blatt SJ. Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic study of the child*. 1974;29:107-57.
34. Ey H, Bernard P, Brisset C. *Manual de psychiatrie*. Masson et Cie; 1974.
35. Aurèle M, Épictète, de Thèbes C, Meunier M. *Pensées pour moi-même*. Nathan; 2005.
36. Kant I, Barni J. *Critique de la raison pure*. Germer-Baillière; 1869.
37. Skinner BF. *Verbal behavior*. Appleton-Century-Crofts New York; 1957.
38. Chomsky N. *Le langage et la pensée*, tr. fr. Paris, Payot. 1970;

39. Piatelli-Palmarini M. Théories du langage, théories de l'apprentissage, le débat entre Jean Piaget et Noam Chomski. 1979.
40. Piaget J, Piaget J, Piaget J, Psychologist S, Piaget J. Six études de psychologie. Gonthier Genève; 1964.
41. Bandura A. Social learning theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1977.
42. Cottraux J. Les thérapies comportementales et cognitives. Elsevier Masson; 2004.
43. Cottraux J. Les psychothérapies comportementales & cognitives (5^{Éd.}). 2011.
44. Darwin C. L'origine des espèces au moyen de la sélection naturelle ou la lutte pour l'existence dans la nature. C. Reinwald; 1876.
45. Sartre JP, Elkaïm-Sartre A. L'existentialisme est un humanisme. Nagel Paris; 1946.
46. Marty P, de M'Uzan M. Operative thinking (pensée opératoire)]. *Psyche*. 1978;32(10):974.
47. Apfel RJ, Sifneos PE. Alexithymia: Concept and measurement. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1979.
48. Zajonc RB. On the primacy of affect. 1984.
49. Zajonc RB. Feeling and thinking: Preferences need no inferences. *American psychologist*. 1980;35(2):151.
50. Kelly GA. A brief introduction to personal construct theory. *International handbook of personal construct psychology*. 1970;3-20.
51. Kelly GA. *The psychology of personal constructs*. Psychology Press; 1992.
52. Ellis A. *Reason and emotion in psychology*. New York: Lyle Stuart. 1962.
53. Seligman MEP. Learned helplessness. *Annual Review of Medicine*. 1972;23(1):407-12.
54. Seligman ME, Abramson LY, Semmel A, Von Baeyer C. Depressive attributional style. *Journal of Abnormal Psychology*. 1979;88(3):242.
55. Alloy LB, Abramson LY, Metalsky GI, Hartlage S. The hopelessness theory of depression: Attributional aspects. *British Journal of Clinical Psychology*. 1988;27(1):5-21.
56. Beck AT, Alford BA. *Depression: Causes and treatments*. Univ of Pennsylvania Pr; 2009.
57. Hollon SD, Kriss MR. Cognitive factors in clinical research and practice. *Clinical Psychology Review*. 1984;4(1):35-76.
58. Beck AT. *Cognitive therapy of depression*. The Guilford Press; 1979.
59. HAL-SHS : [halshs-00188558, version 1] Platon, Théétète [Internet]. [cité 2012 mars 6]. Available de: <http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00188558/>
60. Tulving E. Episodic and Semantic Memory¹. *Organization of memory*. 1972;381-402.

61. Teasdale JD, Taylor R, Fogarty SJ. Effects of induced elation-depression on the accessibility of memories of happy and unhappy experiences. *Behaviour Research and Therapy*. 1980;18(4):339-46.
62. Bower GH, Cohen PR. Emotional influences in memory and thinking: Data and theory. *Affect and cognition*. 1982;1.
63. Roy-Byrne PP, Weingartner H, Bierer LM, Thompson K, Post RM. Effortful and automatic cognitive processes in depression. *Archives of General Psychiatry*. 1986;43(3):265.
64. Bower GH, Monteiro KP, Gilligan SG. Emotional mood as a context for learning and recall. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*. 1978;17(5):573-85.
65. Clark DM, Teasdale JD. Constraints on the effects of mood on memory. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1985;48(6):1595.
66. Neisser U. *Cognition and reality: Principles and implications of cognitive psychology*. WH Freeman/Times Books/Henry Holt & Co; 1976.
67. Piaget J. Part I: Cognitive development in children: Piaget development and learning. *Journal of research in science teaching*. 1964;2(3):176-86.
68. Bower GH. Mood and memory. *American psychologist*. 1981;36(2):129.
69. Rush AJ, Weissenburger J, Eaves G. Do thinking patterns predict depressive symptoms? *Cognitive Therapy and Research*. 1986;10(2):225-35.
70. Eaves G, Rush AJ. Cognitive patterns in symptomatic and remitted unipolar major depression. *Journal of Abnormal Psychology*. 1984;93(1):31.
71. Lewinsohn PM, Steinmetz JL, Larson DW, Franklin J. Depression-related cognitions: Antecedent or consequence?. *Journal of Abnormal Psychology*. 1981;90(3):213.
72. Seligman MEP, Kaslow NJ, Alloy LB, Peterson C, Tanenbaum RL, Abramson LY. Attributional style and depressive symptoms among children. *Journal of Abnormal Psychology*. 1984;93(2):235.
73. Imber SD, Pilkonis PA, Sotsky SM, Elkin I, Watkins JT, Collins JF, et al. Mode-specific effects among three treatments for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1990;58(3):352.
74. Silverman JS, Silverman JA, Eardley DA. Do Maladaptive Attitudes Cause Depression? *Arch Gen Psychiatry*. 1984 janv 1;41(1):28-30.
75. Murphy GE, Simons AD, Wetzel RD, Lustman PJ. Cognitive therapy and pharmacotherapy: Singly and together in the treatment of depression. *Archives of General Psychiatry*. 1984;41(1):33.
76. Giles DE, Rush AJ, Roffwarg HP. Sleep parameters in bipolar I, bipolar II, and unipolar depressions. *Biological psychiatry*. 1986;21(13):1340-3.
77. Piaget J. *Piaget's theory*. 1970.

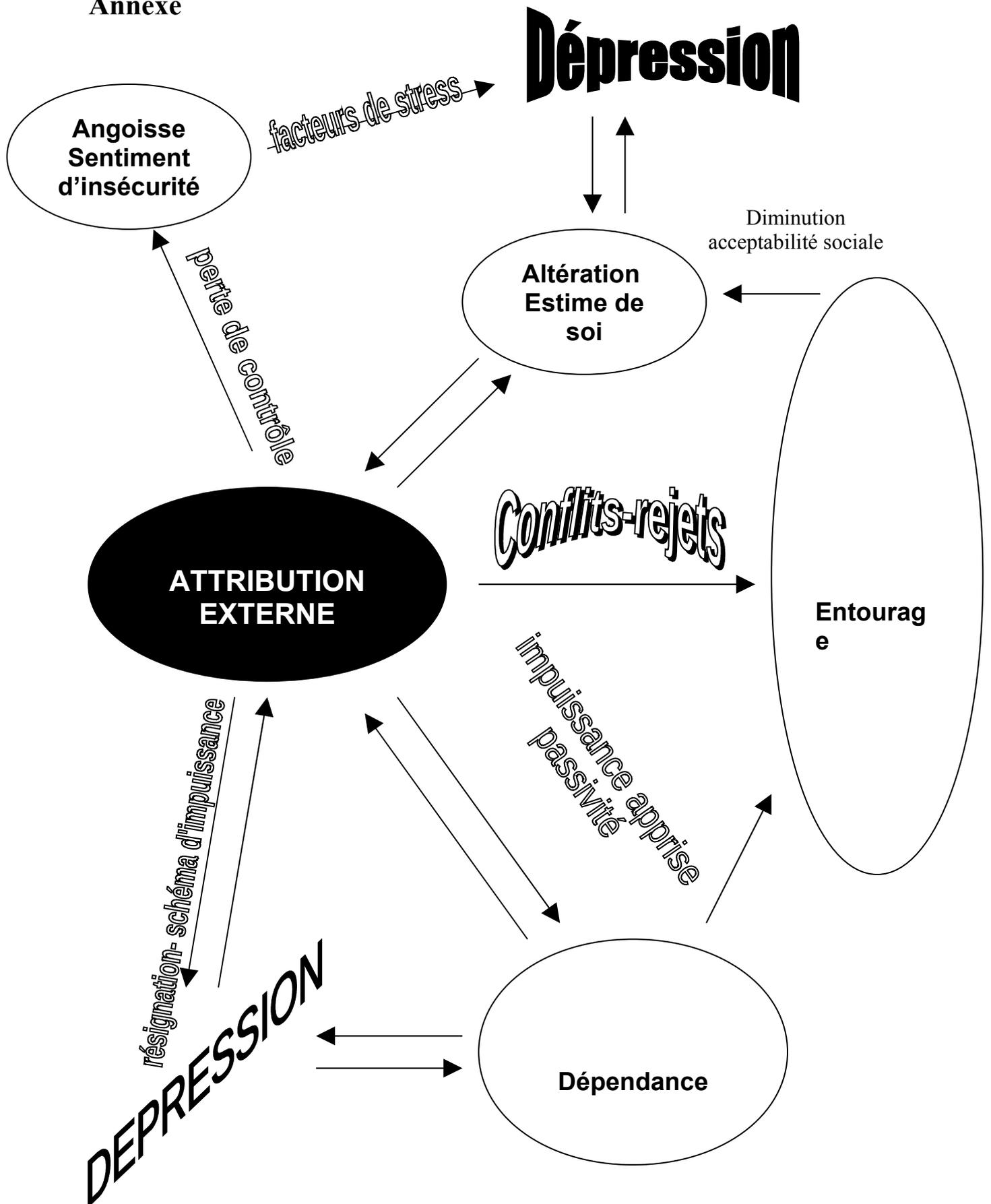
78. Wachtel PL. Transference, schema, and assimilation: The relevance of Piaget to the psychoanalytic theory of transference. *Annual of Psychoanalysis*. 1980;8:59-76.
79. Tversky A, Kahneman D. Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. *science*. 1974;185(4157):1124.
80. Beck AT, Freeman AM, Davis DD. *Cognitive therapy of personality disorders*. The Guilford Press; 2004.
81. Beck AT, Epstein N, Harrison R. Cognitions, attitudes and personality dimensions in depression. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*. 1983.
82. Heider F. *The psychology of interpersonal relations*. Lawrence Erlbaum; 1982.
83. Kelley HH. The processes of causal attribution. *American psychologist*. 1973;28(2):107.
84. James W, Burkhardt F, Skrupskelis IK. *The principles of psychology*. Harvard Univ Pr; 1981.
85. Freud S, Strachey J, Richards A. *On metapsychology: the theory of psychoanalysis*. Penguin Books Middlesex and New York; 1984.
86. Freud S, Dufresne T, Richter GC. *Beyond the pleasure principle*. Broadview Editions; 2011.
87. Tolman RS. Virtue rewarded and vice punished. *American Psychologist*. 1953;8(12):721.
88. Bandura A. Social-learning theory of identificatory processes. *Handbook of socialization theory and research*. Chicago: Rand McNally. 1969;213:262.
89. Bagby RM, Joffe RT, Parker JDA, Kalemka V, Harkness KL. Major depression and the five-factor model of personality. *Journal of Personality Disorders*. 1995;9(3):224-34.
90. Blatt SJ. Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic study of the child*. 1974;29:107-57.
91. Blatt SJ, Zuroff DC. Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*. 1992;12(5):527-62.
92. Blatt SJ, Quinlan DM, Chevron ES, McDonald C, Zuroff D. Dependency and self-criticism: Psychological dimensions of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1982;50(1):113.
93. Rotter JB. Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1975;43(1):56.
94. Rotter JB. Generalized expectancies for interpersonal trust. *American psychologist*. 1971;26(5):443.
95. Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs: General and applied*. 1966;80(1):1.
96. Lefcourt HM. Internal versus external control of reinforcement: A review. *Psychological Bulletin*. 1966;65(4):206.

97. Lefcourt HM. Durability and impact of the locus of control construct. *Psychological Bulletin*. 1992;112(3):411.
98. Lefcourt HM, Miller RS, Ware EE, Sherk D. Locus of control as a modifier of the relationship between stressors and moods. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1981;41(2):357.
99. Loas G, Dardennes R, Dhee-Perot P, Leclerc V, Fremaux D. [Operationalization of the « locus of control » concept: translation and first validation study of the Levenson control scale (IPC: the internal powerful others and chance scale)]. *Ann Med Psychol (Paris)*. 1994 sept;152(7):466-9.
100. Weissman A. Dysfunctional Attitude Scale (DAS). *Acceptance and Commitment Therapy. Measures Package*. 1979;54.
101. Weissman AN, Beck AT. Development and Validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A Preliminary Investigation. 1978.
102. Beauvois JL, Le Poulter F. Norme d'internalité et pouvoir social en psychologie quotidienne. *Psychologie française*. 1986.
103. Beauvois J, Dubois N. The norm of internality in the explanation of psychological events. *European Journal of Social Psychology*. 1988;18(4):299-316.
104. Furnham A, Steele H. Measuring locus of control: A critique of general, children's, health-and work-related locus of control questionnaires. *British Journal of Psychology*. 1993;84(4):443-79.
105. Pansu P. The internality bias in social judgments: A sociocognitive approach. *Advances in psychology research*. 2006;40:75-110.
106. Laugaa D, Rascle N, Bruchon-Schweitzer M. Stress and burnout among French elementary school teachers: A transactional approach. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*. 2008;58(4):241-51.
107. Koleck M, Mazaux JM, Rascle N, Bruchon-Schweitzer M. Psycho-social factors and coping strategies as predictors of chronic evolution and quality of life in patients with low back pain: a prospective study. *European Journal of Pain*. 2006;10(1):1-11.
108. Bouteyre E, Maurel M, Bernaud JL. Daily hassles and depressive symptoms among first year psychology students in France: The role of coping and social support. *Stress and Health*. 2007;23(2):93-9.
109. Cousson-Gélie F, Bruchon-Schweitzer M, Atzeni T, Houede N. Evaluation of a psychological intervention on social support perceived control, coping strategies, emotional distress, and quality of life of breast cancer patients 1, 2. *Psychological Reports*. 2011;108(3):923-42.
110. Rotter J. Rotter Internal-External Locus of Control Scale. 28 measures of locus of control. 2011;10.
111. Lange RV, Tiggemann M. Dimensionality and reliability of the Rotter I-E locus of control scale. *J Pers Assess*. 1981 août;45(4):398-406.

112. Zerega WD, Tseng MS, Greever KB. Stability and Concurrent Validity of the Rotter Internal-External Locus of Control Scale. *Educational and Psychological Measurement*. 1976 july 1;36(2):473-5.
113. Tong J, Wang L. Validation of locus of control scale in Chinese organizations. *Personality and Individual Differences*. 2006 oct;41(5):941-50.
114. Peterson C, Semmel A, von Baeyer C, Abramson LY, Metalsky GI, Seligman ME. The attributional style questionnaire. *Cognitive therapy and research*. 1982;6(3):287-99.
115. PhD HL. Activism and powerful others: Distinctions within the concept of internal-external control. *Journal of Personality Assessment*. 1974;38(4):377-83.
116. Piedmont RL. *The revised NEO Personality Inventory: Clinical and research applications*. Plenum Pub Corp; 1998.
117. Rossier J, Wenger S, Berthoud S. Validation interne de la version française du NEO PI-R et influence de l'âge, du sexe et de la profession. *Psychologie et psychométrie*. 2001;22(3-4):59-82.
118. Rolland JP, Parker WD, Stumpf H. A psychometric examination of the French translations of NEO-PI-R and NEO-FFI. *Journal of Personality Assessment*. 1998;71(2):269-91.
119. Costa PT, McCrae RR, *Psychological Assessment Resources I. Revised neo personality inventory (neo pi-r) and neo five-factor inventory (neo-ffi)*. Psychological Assessment Resources Odessa, FL; 1992.
120. Rolland JP, Petot JM. *Questionnaire de personnalité NEO-PI-R (traduction française)[NEO-PI-R personality Inventory Questionnaire (French translation)]*. Unpublished manuscript, University of Paris X Nanterre, France. 1994.
121. Bornstein RF, Cecero JJ. Deconstructing dependency in a five-factor world: A meta-analytic review. *Journal of Personality Assessment*. 2000;74(2):324-43.
122. Rossier J, Rigozzi C, Berthoud S. Validation de la version française de l'échelle de contrôle de Levenson (IPC), influence de variables démographiques et de la personnalité: Validation of the French translation of the Levenson's locus of control scale (IPC). Influence of demographic variables and personality. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2002. p. 138-48.
123. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *La thérapie des schémas: approche cognitive des troubles de la personnalité*. De Boeck; 2005.
124. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME, others. *Schema therapy: A practitioner's guide*. Cambridge Univ Press; 2003.
125. Young JE. *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach (rev. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange)*; 1994.
126. Ball SA, Young JE. Dual Focus Schema Therapy for personality disorders and substance dependence: Case study results*. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2000;7(3):270-81.

127. Kellogg SH, Young JE. Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of clinical psychology*. 2006;62(4):445-58.
128. Schmidt NB, Joiner TE, Young JE, Telch MJ. The Schema Questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*. 1995;19(3):295-321.
129. Cottraux J, others. *Thérapie cognitive et émotions: la troisième vague*. Elsevier Masson; 2007.
130. Hofmann SG, Asmundson GJG. Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clinical Psychology Review*. 2008;28(1):1-16.
131. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies*. *Behavior therapy*. 2004;35(4):639-65.

Annexe



AUTEUR : MARTIN Jean-Baptiste

Date de soutenance : 11 septembre 2012

Titre de la thèse : Parentés cognitives entre la dépression et le trouble de la personnalité dépendante.

Thèse, Médecine, Lille, 2012

Cadre de classement : DES Psychiatrie

Mots-clés : trouble de la personnalité dépendante, dépression, estime de soi, lieu de contrôle

Résumé :

Contexte : La dépression, les cognitions dépressives, la dépendance et la faible estime de soi sont des dimensions fortement corrélées et pourraient représenter des facettes d'un facteur plus général de psychopathologie. La dépendance en serait ainsi la facette interpersonnelle, la dépression et l'estime de soi seraient d'autres facettes de ce facteur général. Cette hypothèse envisage la présence d'un facteur cognitif commun, le phénomène d' «attribution externe», comme lien de corrélation entre la dépendance et la dépression.

Méthode : Après avoir défini les concepts de dépendance, d'estime de soi, de dépression et avoir exposé différentes théories des attributions, nous étudierons, à travers les mécanismes d'attribution, les parentés cognitives existant entre ces deux entités, et leur rôle dans l'étiopathogénie de la dépression.

Résultats : Cette analyse nous a permis de mettre en évidence l'abondance des éléments conceptualisant la dépendance pathologique parmi les principaux schémas cognitifs de vulnérabilité à la dépression. Les nombreuses corrélations décrites révèlent que le style attributionnel externe constitue un marqueur de la vulnérabilité dépressive.

Conclusion : L'analyse clinique fine du style attributionnel semble disposé d'une portée thérapeutique pertinente. Elle postule une voie commune d'action dont l'enjeu consiste à permettre aux patients à basse estime de soi, dépendants et dépressifs de croire à leurs possibilités d'influencer eux-mêmes leurs propres comportements, c'est-à-dire d'augmenter leur internalité.

Composition du jury :

Président : Monsieur le Professeur P. THOMAS

Assesseurs : Monsieur le Professeur G. VAIVA

Monsieur le Professeur O. COTTENCIN

Monsieur le Docteur C. VERSAEVEL

[Redacted line]

[Redacted line]