

# La dépression et les stratégies de coping face au stress chez les personnes dépressives

## Depression and ways of coping with stress among depressed persons

Belhadeff Mohamed<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Université alger2 (Algérie) ,mbelhadeff@ymail.com

*Received:* 15/01 /2019

*Accepted:* 15/11 /2019

*Published:* MARS /2020

### Résumé

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer les stratégies les plus populaires de gestion du stress chez les personnes dépressives par rapport aux sujets en bonne santé.

Les recherches initiales ont porté sur 80 patients âgés de 20 à 66 ans présentant un diagnostic de dépression. Le groupe témoin était composé de 30 sujets sains âgés de 22 à 57 ans. L'analyse des stratégies les plus courantes de gestion du stress a été réalisée à l'aide de l'Inventaire multiphasique pour mesurer l'adaptation (COPE) de Carver, Scheier et Weintraub.

Contrairement aux personnes en bonne santé, les patients souffrant de dépression dans des situations stressantes utilisent plus souvent des stratégies basées sur l'évitement et le déni et ont plus de difficultés à trouver les aspects positifs d'événements stressants.

**Mots-clés:** coping , troubles dépressifs, stress.

### Abstract

The main aim of the study was to evaluate the most popular strategies of coping with stress in people with depression in comparison to healthy subjects.

Initial research was carried on 80 patients aged from 20 to 66 years with a diagnosis of depression. The control group consisted of 30 healthy subjects aged 22 to 57 years. Analysis of the most popular strategies of coping with stress was performed with the Multiphasic Inventory for Measuring Coping (COPE) by Carver, Scheier, and Weintraub.

### Results

In contrast with healthy people, patients with depression in stressful situations more often use strategies based on avoidance and denial and have more difficulties in finding positive aspects of stressful events.

**Keywords:** coping with stress, depressive disorders, stress

## **1- Introduction**

Le stress est le plus souvent considéré comme quelque chose de négatif et de nocif. En fait, le stress ne provoque des effets indésirables que s'il est trop fort ou dure trop longtemps et dépasse donc la capacité d'adaptation de l'individu. Un stress modéré facilite l'adaptation aux exigences environnementales, stimulant ainsi la croissance intellectuelle. Pour de nombreux chercheurs, ce type de stress est un facteur primordial du développement mental. Cependant, un stress prolongé augmente le risque de troubles mentaux, en particulier de troubles anxieux (névrotiques) et de dépression [1]. Trop de stress peut déclencher le SSPT (syndrome de stress post-traumatique) et troubles de la personnalité, et peut contribuer à l'apparition de la psychose [1 - 4].

Apprendre à identifier les facteurs de stress permet d'éliminer les causes de stress et d'en éviter ou d'atténuer ses effets. Faire face au stress est défini comme toutes les activités entreprises dans une situation stressante [5]. C'est un processus adaptatif basé sur des évaluations primaires et secondaires. La gestion du stress est principalement classée comme un processus, une stratégie ou un style. L'approche processus comprend des sous-catégories appelées stratégies ou moyens de gérer le stress. Le processus est compris comme une série de stratégies évoluant dans le temps et dépendant des caractéristiques psychophysiques de l'individu. Le style fait référence à l'ensemble corrélé de stratégies d'adaptation généralement utilisées dans des situations difficiles. C'est un schéma individuel de réaction cohérent dans toutes les situations [5, ].

Dans le modèle cognitif-transactionnel, la gestion du stress est comprise comme un effort cognitif et comportemental continu pour faire face aux demandes externes et internes, qui sont considérées comme excessives ou écrasantes. Le processus d'adaptation est dynamique et réactif, et certaines stratégies et formes de comportement peuvent être remplacées par d'autres. Dans cette approche, une activité individuelle est plus importante que l'influence de l'environnement [7].

Les troubles somatiques et mentaux ont des déterminants multifactoriels, dont le stress. En fait, toutes les maladies qui affectent les êtres humains sont plus ou moins liées au stress. Le stress aigu et chronique associé à l'exposition à des expériences négatives peut déclencher un large éventail de maladies. Les signes de mauvaise gestion du stress incluent l'incapacité à relâcher efficacement la tension, le contrôle limité des réactions émotionnelles et une altération du fonctionnement. Il évoque l'anxiété, qui entraîne des symptômes physiologiques et psychologiques (p. Ex. Maux de tête fréquents, infections virales, troubles métaboliques, troubles du sommeil, humeur dépressive et irritabilité accrue).

Le développement de la psycho-neuro-endocrinologie et de la psycho-immunologie a permis d'analyser la relation entre les facteurs strictement biologiques et psychologiques jouant un rôle dans l'étiologie des maladies endogènes. L'état émotionnel d'un être humain affecte la neurotransmission dans le système nerveux central (SNC) et entraîne également des modifications structurelles permanentes via l'activation de divers mécanismes neuroendocrinologiques et immunologiques. En conséquence de ces processus, un état d'hypersensibilité à des situations stressantes particulières peut survenir, conditionnant ainsi une prédisposition au développement de troubles mentaux, même de nombreuses années plus tard [9].

Les effets du stress sur la dépression, son rôle dans le déclenchement des phases ultérieures de la maladie et les facteurs qui interviennent dans la relation stress-dépression sont des thèmes de recherche de plus en plus courants en psychiatrie et en psychologie [10]. Actuellement, la dépression est comprise comme un trouble multifactoriel. Des facteurs génétiques, biologiques et psychologiques en interaction contribuent à la pathogenèse. Une

l'explication populaire de l'étiologie de la dépression est récemment devenue le modèle «prédisposition-stress». Cette approche repose sur l'hypothèse que les personnes qui ont une prédisposition génétiquement déterminée à un trouble mental particulier ne peuvent développer la maladie qu'en raison d'événements stressants de la vie [ 11]. Les autres facteurs qui contribuent à l'apparition de la maladie sont les constructions cognitives incorrectes, créées dans le processus d'apprentissage social. Au fur et à mesure que les événements de la vie stressants sont définis, de telles situations (en particulier une perte ou un effort excessif) peuvent provoquer ou exacerber une dépression, en fonction des traits de personnalité de l'individu [ 10 ].

La relation entre stress et dépression n'est pas unidirectionnelle. Les expériences de vie stressantes et les moyens de les gérer peuvent prédisposer aux troubles de l'humeur, et la dépression elle-même peut être la cause d'un stress grave et de techniques sous-développées pour s'y opposer. Ainsi, les variables pertinentes pour l'apparition et l'évolution de la dépression restent en relation importante avec les stratégies d'adaptation [ 10 ]. L'expérience d'états émotionnels négatifs associés à un trouble dépressif réduit la durée de l'attention, réduit la capacité de penser de manière flexible et créative et réduit également la capacité d'adaptation. Cela limite la capacité d'adaptation efficace dans des situations stressantes actuelles et futures. La pénurie de ressources d'adaptation contribue à la dégradation de la qualité de la vie, qui nuit à l'état de santé [14 ].

Le but principal de cette étude était de caractériser les stratégies les plus populaires de gestion du stress chez les personnes souffrant de dépression par rapport aux sujets en bonne santé. Nous avons généré les hypothèses suivantes:

- a. Les patients souffrant de dépression utilisent plus souvent des stratégies inefficaces et d'évitement pour faire face au stress que les témoins en bonne santé.
- b. Il existe un lien entre la sévérité de la dépression mesurée par l'échelle de dépression de Hamilton (HDRS) et des stratégies particulières de gestion du stress.
- c. Les femmes et les hommes diffèrent de manière significative quant aux moyens préférés de gérer le stress.

## **2- Matériel et méthodes**

Nous avons recruté 80 patients traités au Hôpital psychiatrique à Ain Abasa souffrant de troubles de l'humeur: épisode dépressif (F 32) et trouble dépressif récurrent (F 33). Le groupe d'étude comprenait 48 femmes et 32 hommes âgés de 22 à 66 ans ( $M = 49,70$ , écart-type =  $11,10$ ); 27 patients (33,75%) ont été diagnostiqués avec un premier épisode de dépression et 53 (66,25%) avec un trouble dépressif récurrent. La sévérité des symptômes dépressifs a été mesurée le premier jour d'hospitalisation avec l'échelle de dépression de Hamilton en 17 points (HDRS) [ 15] et le score moyen obtenu par l'ensemble du groupe de patients à l'admission était de  $M = 23,29$ ,  $SD = 6,38$ , ce qui correspond à une dépression sévère. Les résultats de la réanalyse à la sortie après environ 8 semaines d'hospitalisation étaient  $M = 7,01$ , écart-type =  $4,92$ , ce qui indique l'absence de symptômes dépressifs. Le groupe témoin était composé de 30 personnes en bonne santé, 20 femmes et 10 hommes, âgées de 22 à 57 ans ( $M = 28,93$ ,  $SD = 9,73$ ), sans antécédents familiaux de troubles psychiatriques. Les sujets témoins comprenaient des volontaires de la communauté, recrutés dans l'étude selon les critères de l'entretien psychiatrique avec le CIDI [ 16 ].

Notre étude était basée sur le questionnaire COPE (Coping Orientations to Problems) créé par Carver, Scheier et Weintraub [ 17 ]. Il est basé sur une auto-description, consistant en 60 déclarations auxquelles il faut répondre sur une échelle en 4 points: 1 - presque jamais, 2 - rarement, 3 - souvent ou 4 - presque toujours. Cela permet d'évaluer 15 stratégies de gestion du stress. Ces stratégies sont:

1. Adaptation active (prendre des mesures pour tenter d'éliminer ou de réduire l'agent de stress ou ses conséquences);

2. Planification (délibérations comment gérer le problème);
3. Rechercher un soutien social pour des raisons instrumentales (demander des conseils, de l'aide ou des informations);
4. Rechercher un soutien social pour des raisons émotionnelles (recherche de soutien affectif, de sympathie ou de compréhension);
5. Suppression des activités en concurrence (mise de côté d'autres activités non liées au problème afin de mieux les traiter);
6. Se tourner vers la religion (en tant que source de soutien émotionnel ou indicateur d'une réinterprétation et d'un développement positifs);
7. Réinterprétation et croissance positives (grandir en tant que personne à la suite de l'expérience, voir les événements sous un jour positif);
8. Contention maîtrisée (attendre le bon moment pour faire quelque chose);
9. Acceptation (accepter la situation comme irréversible, essayer de s'y habituer et d'apprendre à vivre avec elle);
10. Concentrez-vous sur les émotions et évacuez-les (préoccupation concernant vos propres émotions et tendance à les exprimer);
11. Dénier (ignorer, refuser de reconnaître les problèmes);
12. Désengagement mental (éviter les conséquences en se tournant vers d'autres activités comme le sommeil, regarder la télévision);
13. Désengagement comportemental (impuissance, abandon des efforts pour atteindre les objectifs);
14. Désengagement alcool-drogue (consommation d'alcool ou de drogues pour soulager les émotions désagréables);
15. Sens de l'humour (pour soulager les émotions désagréables).

Ces 15 stratégies pour faire face au stress sont des éléments de 4 styles généraux: se concentrer sur le problème, éviter les comportements, rechercher un soutien et se concentrer sur les émotions.

### **3- Résultats**

L'analyse statistique des résultats a été réalisée avec STATISTICA 19.0 PL. La région critique bilatérale était impliquée dans les tests d'hypothèses statistiques. L'analyse des variables a montré qu'il n'y avait aucune raison de rejeter l'hypothèse d'une distribution normale. Pour démontrer la force des relations entre les variables analysées et la signification statistique des différences entre les patients traités pour des troubles affectifs et le groupe témoin, une analyse statistique a été réalisée sur la base du test t de Student et du coefficient de corrélation de Pearson. Dans toutes les méthodes, le niveau de signification statistique était  $p < 0,05$ .

Le groupe traité pour des troubles de l'humeur (premier épisode dépressif et trouble dépressif récurrent) a reçu les scores les plus élevés parmi les manières suivantes de faire face aux situations stressantes:

- - se concentrer sur les émotions,
- - adaptation active,
- - Planification,
- - rechercher un soutien social pour des raisons instrumentales,
- - faire face à la contrainte.

Les sujets du groupe témoin en situation difficile ont généralement eu recours aux stratégies suivantes:

- - adaptation active,
- - Planification,

**La dépression et les stratégies de coping face au stress chez les personnes dépressives**  
**Belhadef Mohamed**

- rechercher un soutien social pour des raisons instrumentales,

|                                                             | M (patients souffrant de dépression) | SD (patients souffrant de dépression) | M (groupe de contrôle) | SD (groupe de contrôle) | t     | p     |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|-------------------------|-------|-------|
| Adaptation active                                           | 10,63                                | 2,09                                  | 12,00                  | 1,39                    | -3,33 | 0,001 |
| Planification                                               | 10,21                                | 2,68                                  | 12,90                  | 2,17                    | -4,91 | 0,000 |
| Recherche de soutien social pour des raisons instrumentales | 10,28                                | 2,86                                  | 11,73                  | 2,08                    | -2,55 | 0,012 |
| Recherche de soutien social pour des raisons émotionnelles  | 9,46                                 | 3,00                                  | 10,77                  | 3,43                    | -1,95 | 0,054 |
| Suppression des activités en compétition                    | 9,89                                 | 2,45                                  | 10,97                  | 1,65                    | -2,22 | 0,028 |
| Se tournant vers la religion                                | 9,17                                 | 4,62                                  | 8,37                   | 4,29                    | 0,83  | 0,407 |
| Réinterprétation positive                                   | 9,60                                 | 2,48                                  | 12,03                  | 1,96                    | -4,83 | 0,000 |
| Contention d'adaptation                                     | 10,36                                | 2,06                                  | 9,90                   | 1,45                    | 1,13  | 0,261 |
| Acceptation                                                 | 9,64                                 | 2,75                                  | 10,50                  | 3,00                    | -1,43 | 0,156 |
| Focus sur les émotions                                      | 11,76                                | 2,39                                  | 10,93                  | 2,35                    | 1,63  | 0,107 |
| Le déni                                                     | 7,31                                 | 2,12                                  | 6,13                   | 1,81                    | 2,70  | 0,008 |
| Désengagement mental                                        | 8,51                                 | 1,74                                  | 7,93                   | 2,10                    | 1,47  | 0,145 |
| Désengagement comportemental                                | 9,26                                 | 2,80                                  | 5,87                   | 2,15                    | 6,00  | 0,000 |
| Désengagement alcool-drogue                                 | 6,25                                 | 3,43                                  | 5,30                   | 2,34                    | 1,40  | 0,165 |
| Sens de l'humour                                            | 5,83                                 | 1,99                                  | 7,07                   | 2,64                    | -2,65 | 0,009 |

- rechercher un soutien social pour des raisons émotionnelles,
- 
- suppression d'activités concurrentes,
- réinterprétation positive,
- se concentrer sur les émotions,
- acceptation.

L'analyse des différences entre les scores moyens des 15 éléments analysés dans les groupes comparés a révélé une signification statistique pour la majorité des variables. Les résultats sont présentés dans le [tableau 1](#).

**Tableau 1**

**Résultats du questionnaire "Orientations pour faire face aux problèmes" dans des groupes testés.**

**La dépression et les stratégies de coping face au stress chez les personnes dépressives**  
**Belhadef Mohamed**

M - moyenne; SD - écart type; valeur t de Student - t test; p - niveau de signification statistique.

Les différences entre les stratégies d'adaptation préférées ont également été analysées selon le type de diagnostic. Le groupe présentant un premier épisode de dépression, comparé aux sujets sains, utilisait beaucoup moins souvent les stratégies suivantes: planification (t = 3,87, p = 0,000), réinterprétation positive (t = 3,41, p = 0,001) et acceptation (t = 2,66, p = 0,01) et étaient plus susceptibles d'utiliser un désengagement comportemental (t = 4,22, p = 0,000). Les patients avec un diagnostic de troubles dépressifs récurrents dans des situations stressantes étaient moins susceptibles d'utiliser les mécanismes suivants: adaptation active (t = 4,12, p = 0,000), planification (t = 4,86, p = 0,000), recherche d'un soutien instrumental (t = 2,75, p = 0,007), recherche de soutien affectif (t = 2,48, p = 0,015), suppression des activités compétitives (t = 2,57, p = 0,012), réinterprétation positive (t = 5,03, p = 0,000) et sens de l'humour (t = 3,06, p = 0,003) et étaient plus susceptibles d'avoir recours au refus (t = 2,79, p = 0,007). Pour analyser l'association de la gravité de la maladie mesurée par l'échelle de dépression de Hamilton (HDRS) avec des stratégies particulières d'adaptation au stress, une analyse statistique de la corrélation de Pearson a été réalisée. Les résultats montrent qu'un niveau de gravité plus élevé des symptômes est associé de manière significative à 2 stratégies seulement: le désengagement comportemental (r = 0,28, P < 0,05) et le sens de l'humour (r = -0,38, p < 0,05). Une plus grande sévérité de la dépression était associée à une activité réduite et à une utilisation moins fréquente de l'humour. Les résultats sont présentés dans le [tableau 2](#).

**Tableau 2**

**Signification statistique entre la sévérité de la dépression (HDRS) et la gestion des stratégies de stress (COPE).**

|                                                                     | <b>analyses statistiques</b> | <b>p</b>     |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------|
| Gestion active et HDRS                                              | r = 0,01                     | 0,903        |
| Planification et HDRS                                               | r = -0,01                    | 0,922        |
| Recherche de soutien social pour des raisons instrumentales et HDRS | r = -0,07                    | 0,522        |
| Recherche de soutien social pour des raisons émotionnelles et HDRS  | r = -0,09                    | 0,433        |
| Suppression des activités en compétition et HDRS                    | r = 0,09                     | 0,422        |
| Se tournant vers la religion et HDRS                                | r = -0,06                    | 0,626        |
| Réinterprétation positive & HDRS                                    | r = -0,18                    | 0,116        |
| Retenue de contention & HDRS                                        | r = 0,10                     | 0,369        |
| Acceptation & HDRS                                                  | r = 0,14                     | 0,228        |
| Focus sur les émotions et HDRS                                      | r = 0,02                     | 0,830        |
| Déni et HDRS                                                        | r = 0,05                     | 0,652        |
| Désengagement mental et HDRS                                        | r = -0,06                    | 0,595        |
| Désengagement comportemental et HDRS                                | <b>r = 0,28</b>              | <b>0,012</b> |
| Désengagement alcool-drogue & HDRS                                  | r = -0,13                    | 0,249        |
| Sens de l'humour & HDRS                                             | <b>r = - 0,38</b>            | <b>0,049</b> |

r - coefficient de corrélation de Pearson; p - niveau de signification statistique; HDRS - Échelle d'évaluation de la dépression de Hamilton; COPE - Questionnaire sur les orientations pour faire face aux problèmes.

Le sexe des répondants n'a eu que peu d'impact sur le type de stratégies utilisées pour faire face aux situations stressantes. Les différences n'étaient importantes que dans 3 de ces méthodes. Les femmes rapportées plus souvent se concentrent sur les émotions ( $t = 2,47$ ,  $p = 0,015$ ), recherchent un soutien affectif ( $t = 3,33$ ,  $p = 0,001$ ) et se tournent vers la religion ( $t = 3,46$ ,  $p = 0,001$ ).

#### **4- Discussion**

Les résultats préliminaires présentés montrent que les patients dépressifs utilisent plus souvent des stratégies inefficaces et d'évitement pour faire face au stress que les témoins en bonne santé. Les patients déprimés sont fortement concentrés sur leurs émotions et sur la nécessité de les soulager.

La relation entre le stress et la survenue de troubles de l'humeur tels que la dépression est décrite de manière très large dans la littérature. Les études disponibles concernent principalement les associations entre le stress et l'apparition de la dépression, son rôle dans l'induction des phases ultérieures de la maladie et tous les facteurs qui interviennent dans la relation stress-dépression. Les chercheurs ont utilisé comme concept de base des événements marquants de la vie, tels que la perte ou la surmenage, qui, en tant que "déclencheurs", peuvent provoquer ou modifier l'évolution de la dépression [ 10 ]. Le pourcentage de cas dans lesquels des événements stressants de la vie sont associés à l'apparition de troubles affectifs dans différentes études va de plusieurs à 100% [ 3 , 19 , 20 ]. Une importance particulière est attribuée aux événements de la vie tels que le décès d'un être cher, des conflits conjugaux et familiaux, des tragédies, des modifications de la situation familiale, des conflits interpersonnels, une situation familiale difficile, des problèmes d'enfants et des problèmes de santé [ 10 , 13 ].

Des rapports antérieurs confirment le lien entre le stress environnemental dans l'enfance et la survenue future de troubles affectifs [ 19 , 20 ]. Les études épidémiologiques indiquent que les enfants exposés à des expériences défavorables sévères sont plus susceptibles de développer une dépression et / ou des troubles anxieux [ 19 ]. La sensibilisation induite persistante du SNC à la suite d'un stress grave durant l'enfance peut constituer une base biologique essentielle d'augmentation de la sensibilité au stress et du développement de la dépression et des troubles anxieux [ 19 ]. Les symptômes de la «dépression majeure» et des troubles anxieux, notamment le syndrome de stress post-traumatique et le trouble panique, sont plus fréquents chez les personnes ayant déjà été victimes de violence dans leur enfance [ 3 , 4 , 21 ].

Selon Harkness et Monroe [ 22 ], la dépression endogène a été diagnostiquée deux fois plus souvent chez des personnes qui ont des antécédents de violence physique, d'abus sexuel, de négligence ou même de querelles au sein de la famille. Les traumatismes sexuels graves étaient associés à une culpabilité endogène et à un retard psychomoteur, ainsi qu'à une pensée suicidaire plus grave.

Dans la littérature, peu d'attention est accordée à l'analyse de stratégies de gestion du stress chez les patients souffrant de dépression. Nous n'avons trouvé que quelques rapports dans lesquels le questionnaire COPE avait été utilisé pour l'évaluation de ce groupe de patients. Kossakowska [ 23 ] ont évalué les styles de gestion du stress chez 197 femmes 4 à 12 semaines après l'accouchement: 113 femmes sans symptômes de dépression post-partum et 84 femmes souffrant de dépression post-partum. Les méthodes suivantes ont été utilisées pour trouver des réponses aux questions de la recherche: échelle de dépression postnatale d'Edimbourg (EPDS), questionnaire COPE et échelle de mesure du soutien social. Les femmes présentant des symptômes de dépression post-partum ont déclaré être plus satisfaites

du soutien fourni par les sages-femmes que par les membres de la famille. Les femmes dépressives ont choisi des moyens moins actifs de faire face et elles étaient plus susceptibles d'utiliser des stratégies actives lorsqu'elles étaient satisfaites du soutien social reçu.

Certaines études dans la littérature concernant les stratégies d'adaptation reposant sur des outils de recherche différents de ceux que nous avons utilisés dans la présente étude. Les recherches de Benedysiuk et Tartas [ 13 ] sur un groupe de 35 personnes traitées pour un trouble dépressif majeur par rapport à 35 sujets en bonne santé ont montré des différences dans les façons de gérer le stress. Les chercheurs ont appliqué l'inventaire des réactions d'adaptation de Moos pour évaluer les stratégies et les styles d'adaptation au stress. Les personnes souffrant de dépression face à des événements stressants avaient tendance à utiliser des stratégies d'adaptation à la fois conflictuelles et évasives. Le plus souvent, cependant, ils ont utilisé la stratégie d'évitement cognitif et d'acceptation / résignation. Ces résultats sont conformes à nos résultats.

Pu et al. [ 7 ] ont évalué les styles de gestion du stress utilisés par 26 patients présentant un trouble dépressif majeur par rapport à 30 sujets sains, en étudiant l'activité des régions préfrontales du cerveau lors d'exercices de fluence verbale et cognitive. Les styles d'adaptation ont été évalués sur la base de l'inventaire des situations stressantes (CISS). La surveillance des changements hémodynamiques régionaux au cours de tâches verbales visant à vérifier la fluence verbale a été réalisée avec la spectroscopie proche infrarouge à 52 canaux (NIRS). Les patients souffrant de dépression présentaient principalement un style axé sur les émotions, tandis que le style axé sur les tâches et l'évitement dans ce groupe étaient utilisés beaucoup moins souvent que le groupe témoin. Le style axé sur les émotions était positivement corrélé à l'évaluation subjective de la gravité de la dépression. L'activité hémodynamique régionale était significativement inférieure chez les patients dépressifs par rapport au groupe témoin dans les zones du cortex préfrontal, et était positivement corrélée aux styles d'adaptation orientés vers la tâche. Ces résultats suggèrent que les moyens de faire face au stress peuvent être considérés comme une source d'information importante pour les patients souffrant de dépression et les spécialistes qui y travaillent.

Les personnes dépressives perçoivent plus souvent les événements de la vie comme une menace et des difficultés à gérer. Ce point de vue est conforme au concept de la théorie de l'évaluation cognitive de Lazarus [ 10 , 13 ], selon lequel l'événement est considéré comme stressant en fonction de l'importance que l'individu lui attribue. La raison de cette évaluation négative des événements de la vie peut être un schéma cognitif dysfonctionnel utilisé par les patients souffrant de dépression [ 10 ].

Les symptômes dépressifs sont négativement corrélés à la gestion proactive, décrite comme l'une des stratégies les plus efficaces axées sur l'avenir et le développement des ressources personnelles, y compris la fixation d'objectifs autonomes et individuels, ainsi que leur réalisation [ , 25 ]. Des recherches menées auprès d'immigrants, d'enseignants, de retraités et de personnes âgées [ 26 , 27 ] ont montré que l'humeur dépressive, les difficultés de la vie quotidienne, les plaintes somatiques et les dysfonctionnements ne sont pas favorables à une adaptation proactive. En outre, les personnes présentant des symptômes dépressifs sont plus susceptibles de percevoir leur emploi et leurs conditions de vie comme stressantes [ 26 , 28 ].

Le concept salutogénique d'Antonovsky suggère que les personnes dépressives sont caractérisées par un faible sens de cohérence (SOC) qui, selon l'auteur, est sous l'influence de multiples événements stressants (par exemple, des changements dans la vie) est encore réduit [ 12 ]. Dans une rencontre stressante, un faible SOC pour les personnes souffrant de dépression peut être responsable de la perception limitée des ressources disponibles pour traiter le problème. Cette limitation peut être responsable de la tendance à utiliser des stratégies d'évitement.

Jusqu'ici, le litige porte sur la question de savoir si les symptômes de la dépression contribuent à choisir des moyens moins efficaces pour faire face au stress ou si ces stratégies sont utilisées par les patients avant l'apparition de la maladie et deviennent ainsi des facteurs de risque de la dépression. Notre étude a révélé des différences statistiquement significatives entre les patients et le groupe témoin dans la plupart des stratégies d'adaptation analysées. Nous avons constaté qu'une durée plus longue d'un trouble dépressif récurrent était associée à de plus grandes différences dans les stratégies d'adaptation préférées par les patients, mais que la gravité des symptômes dépressifs n'était pas associée de manière significative à l'ensemble des mécanismes d'adaptation choisis. Cela peut suggérer une contribution importante des traits de personnalité dans la sélection des moyens de gérer le stress. [1, 25].

Par conséquent, pour résoudre le dilemme ci-dessus, il faudrait passer en revue les études parallèles dans lesquelles les stratégies d'adaptation chez les populations de patients présentant un risque de développer un trouble dépressif seraient évaluées avant le début et au cours de l'exacerbation et de la rémission des symptômes, mais aucune littérature actuelle. Coulston et al. [29] ont constaté que les traits de personnalité des patients atteints de troubles affectifs jouent un rôle important dans le choix des moyens de gérer le stress. Comparés aux patients atteints de trouble bipolaire, les patients dépressifs ont eu de moins bons résultats en termes de gestion du stress. Au total, 96 sujets avec un diagnostic de trouble bipolaire et 77 sujets avec dépression ont été inclus dans l'étude. Les chercheurs ont évalué la gravité des symptômes dépressifs, l'anxiété, le stress, les traits de personnalité, les moyens de gérer le stress, l'adaptation sociale, le niveau d'estime de soi, l'attitude dysfonctionnelle et les préoccupations liées à l'évaluation critique.

Par rapport aux sujets dépressifs, les personnes atteintes de trouble bipolaire ont signalé un niveau d'extraversion beaucoup plus élevé, une estime de soi plus positive et des moyens d'adaptation plus adaptés, un niveau d'anxiété moins élevé et une peur moindre de l'évaluation négative. L'extraversion était positivement corrélée à une haute estime de soi et à un style d'adaptation adaptatif, et négativement au niveau d'anxiété et de crainte d'une évaluation négative. Les auteurs ont conclu que les différences dans l'évolution de la maladie et le type de dépression sont susceptibles d'influencer le choix des stratégies d'adaptation par les patients. En raison du rôle protecteur de l'extraversion, qui favorise le choix de moyens d'adaptation plus favorables, les sujets atteints de trouble bipolaire se comportent beaucoup mieux dans des situations difficiles.

Cette étude préliminaire montre des différences significatives dans les stratégies utilisées pour faire face au stress chez les sujets déprimés par rapport aux sujets en bonne santé. Une différence importante des résultats initiaux présentés est la différence d'âge moyen entre les groupes d'étude. Cette recherche se poursuit et la sélection des répondants est en cours afin de créer un groupe de contrôle comparable dans tous les aspects requis pour des analyses ultérieures.

## **- Conclusions**

Les patients traités pour des troubles dépressifs dans des situations stressantes plus souvent que les personnes en bonne santé utilisent des stratégies d'adaptation basées sur le désengagement comportemental et le déni de problèmes, et éprouvent davantage de difficultés à réinterpréter de manière positive des événements stressants. Dans l'ensemble de la population, les femmes et les hommes ne diffèrent pas de manière significative des manières préférées de gérer le stress. Les troubles de l'humeur tels que les troubles dépressifs récurrents ou les épisodes dépressifs peuvent être un facteur important contribuant à l'évaluation négative de la capacité à faire face à des situations difficiles et à une plus grande tendance à percevoir des événements stressants comme accablants.

## **-References**

1. Kay J, Tasman A. Psychological factors affecting medical condition. In: Kay J, Tasman A, editors. *Essential Psychiatry*. New Jersey: John Wiley & Sons; 2006. pp. 811–22.
2. Stein MB, Walker JR, Anderson G, et al. Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders in a community sample. *Am J Psychiatry*. 1996;153:275–77.
4. Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, et al. The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse Negl*. 1996;20:7–21.
3. Heszen-Niejodek I. Stress and coping—major controversy. In: Heszen-Niejodek I, Ratajczak Z, editors. *Man in times of stress*. Katowice: Publisher University of Silesia; 2000. pp. 12–43.
4. Pu S, Nakagome K, Yamada T, et al. The relationship between the prefrontal activation during a verbal fluency task and stress-coping style in major depressive disorder: a near-infrared spectroscopy study. *J Psychiatr Res*. 2012;46:1426–34.
5. Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wiórka J. *Clinical Psychiatry*. Vol. 1. Wrocław: Medical Publisher Urban & Partner; 2002.
6. Sariusz-Skapska M, Czabała I, Dudek D, Zięba A. Ocena stresujących wydarzeń życiowych i poczucie koherencji u pacjentów z chorobą afektywną jedno-i dwubiegunową *Psychiatr Pol*. 2003;37(5):863
7. Dantzer R, o’Connor JC, Freund GG, et al. From inflammation to sickness and depression: when the immune system subjugates the brain. *Nat Rev Neurosci*. 2008;9:46–56.
  
8. Fredrickson B, Joiner T. Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychol Sci*. 2002;13:172–75.
9. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960;23:56–62
10. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Description and Diagnostic Guidelines*. 1992.
11. Carver C, Scheier M, Weintraub J. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol*. 1989;56:267–83.
12. Heim C, Nemeroff CB. The Role of Childhood Trauma in the Neurobiology of Mood and Anxiety Disorders: Preclinical and Clinical Studies. *Biol Psychiatry*. 2001;49:1023–39.
20. Brown GR, Anderson B. Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *Am J Psychiatry*. 1991;148:55–61.
13. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*. 1998;14:245–58.
14. Harkness KL, Monroe SM. Childhood Adversity and the Endogenous *Versus* Nonendogenous Distinction in Women With Major Depression. *Am J Psychiatry*. 2002;159:387–93.
15. Kossakowska K. Źródła wsparcia społecznego i wybrane sposoby radzenia sobie u kobiet z objawami depresji poporodowej. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2012;20(3):310–16.
16. Schwarzer R, Taubert S. Radzenie sobie ze stresem: wymiary i procesy. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*. 1999;6:72–79. [in Polish]
17. Greenglass E, Fiksenbaum L, Eaton J. The relationship between coping social support, functional disability and depression in the elderly. *Anxiety, Stress and Coping*. 2006;19(1):15–31.
18. Uskul A, Grennglass E. Psychological well-being in a Turkish-Canadian sample. *Anxiety, Stress and Coping*. 2005;18(3):269–78.
- 19 Winkelman SB, Chaney EH, Jeffrey W, Bethel JW. Stress, Depression and Coping among Latino Migrant and Seasonal Farmworkers. *Int J Environ Res Public Health*. 2013;10:1815–30.
20. Coulston CM, Bargh DM, Tanious M, et al. Is coping well a matter of personality? A study of euthymic unipolar and bipolar patients. *J Affect Disord*. 2013;145(1):54–61.