Neuropsychologie

De l'humeur normale à la dépression

en psychologie cognitive, neurosciences et psychiatrie

Sous la direction
d'Éric Laurent et Pierre Vandel

deboeck SUPÉRIEUR

DE L'HUMEUR NORMALE À LA DÉPRESSION EN PSYCHOLOGIE COGNITIVE, NEUROSCIENCES ET PSYCHIATRIE

DE L'HUMEUR NORMALE À LA DÉPRESSION EN PSYCHOLOGIE COGNITIVE, NEUROSCIENCES ET PSYCHIATRIE

Sous la direction

d'Éric LAURENT et Pierre VANDEL

deboeck SUPÉRIEUR

Pour toute information sur notre fonds et les nouveautés
dans votre domaine de spécialisation, consultez notre site web :

www.deboecksuperieur.com

© De Boeck Supérieur SA
Rue du Bosquet, 7
B-1348 Louvain-la-Neuve

Tous droits réservés pour tous pays.

Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie, par toute technique existante ou à venir) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme que ce soit.

Imprimé en Belgique

Dépôt légal :

Bibliothèque royale de Belgique : 2016/13647/154

Bibliothèque nationale, Paris : novembre 2016

ISBN : 978-2-35327-354-6

Les auteurs

Tiziano AGOSTINI
Département des Sciences de la Vie, Faculté de Psychologie, Université de Trieste, Italie

Oliver ANDLAUER
East London NHS Foundation Trust, Londres, Royaume-Uni

Emmanuelle AUBERT
Département d'Urgence & Post-Urgence Psychiatriques, CHRU de Montpellier, France
Laboratoire « Neuropsychiatrie : Recherche Épidémiologique et Clinique » (U-1061), Unité INSERM & Université de Montpellier, France

Djamila BENNABI
Service de Psychiatrie de l'Adulte, CIC-1431, INSERM, CHRU de Besançon, France
Laboratoire de Neurosciences (EA 481), Université Bourgogne Franche-Comté, Besançon, France

Renzo BIANCHI
Institut de Psychologie du Travail et des Organisations, Université de Neuchâtel, Neuchâtel, NE, Suisse

Gérard BRAND
Université Bourgogne Franche-Comté, Besançon, France
Laboratoire d'Éthologie Développementale et de Psychologie Cognitive, Centre des Sciences du Goût et de l'Alimentation, CNRS & Université Bourgogne Franche-Comté (UMR 6265), Dijon, France

Malick BRIKI
Service de Psychiatrie, Centre Hospitalier de Béziers, France

Kerstin BRINKMANN
Geneva Motivation Lab, Département de Psychologie, Université de Genève, Genève, Suisse

Nicolas CARVALHO
Maison de la Recherche, Université d'Aix-Marseille, France

Gilles CHOPARD
Service de Neurologie et Centre Mémoire de Ressources et de Recherche. CHRU de Besançon, France
Laboratoire de Neurosciences (EA 481), Université Bourgogne Franche-Comté, Besançon, France

Philippe COURTET
Département d'Urgence & Post-Urgence Psychiatriques, CHRU de Montpellier, France
Laboratoire « Neuropsychiatrie : Recherche Epidémiologique et Clinique » (U-1061), Unité INSERM & Université de Montpellier, France

Louis CROCQ
Cellule d'Urgence Médico-Psychologique, SAMU de Paris, France

Marc-Antoine CROCQ
Maison des Adolescents du Haut-Rhin, Mulhouse, France

Donatella DI CORRADO
Institut des Sciences Humaines et Sociales, Département des Sciences de l'Activité Motrice et Sportive, Université Kore d'Enna, Italie

Sylvie DROIT-VOLET
Université Clermont Auvergne, CNRS (UMR 6024), Clermont-Ferrand, France

Déborah DUCASSE
Département d'Urgence & Post-Urgence Psychiatriques, CHRU de Montpellier, France
Laboratoire « Neuropsychiatrie : Recherche Épidémiologique et Clinique » (U-1061), Unité INSERM & Université de Montpellier, France

Édith FILAIRE
Complexité, Innovation, Activités Motrices et Sportives (EA 4532), Université Paris-Sud, Université Paris-Saclay, Université d'Orléans, France
Équipe ECREIN (Micro-Environnement CellulaiRe, Immunomodulation et Nutrition), Unité de Nutrition Humaine (UMR 1019), INRA et Université d'Auvergne, Centre de Recherche en Nutrition Humaine Auvergne, & Canceropole Lyon Auvergne Rhône-Alpes (CLARA), Clermont-Ferrand, France

Jessica FRANZEN
Geneva Motivation Lab, Département de Psychologie, Université de Genève, Genève, Suisse

Guido H. E. GENDOLLA
Geneva Motivation Lab, Département de Psychologie, Université de Genève, Genève, Suisse

Julie GIUSTINIANI
Service de Psychiatrie de l'Adulte, CHRU de Besançon et Service de Psychiatrie de l'Adulte, Les Cyprès, Pole A, Centre Hospitalier de Novillars, France
Laboratoire de Neurosciences (EA 481), Université Bourgogne Franche-Comté, Besançon, France

Sébastien GUILLAUME
Département d'Urgence & Post-Urgence Psychiatriques, CHRU de Montpellier, France
Laboratoire « Neuropsychiatrie : Recherche Épidémiologique et Clinique » (U-1061), Unité INSERM & Université de Montpellier, France

Emmanuel HAFFEN
Service de Psychiatrie de l'Adulte, CIC-1431 INSERM, FHU InCREASe, CHRU de Besançon, France
Laboratoire de Neurosciences (EA 481), Université Bourgogne Franche-Comté, Besançon, France
FondaMental Foundation, Créteil, France

Éric LAURENT
Laboratoire de Psychologie (EA 3188), Université Bourgogne Franche-Comté, Besançon, France
Maison des Sciences de l'Homme et de l'Environnement « Claude-Nicolas Ledoux » (UMSR 3124), CNRS & Université Bourgogne Franche-Comté, Besançon, France

Émilie LÉVÊQUE
Service de Psychiatrie de l'Adulte, Unité d'Addictologie, CHRU de Besançon et CH de Novillars, France

Caroline MASSE
Service de Psychiatrie de l'Adulte, CHRU de Besançon, France
Laboratoire de Neurosciences (EA 481), Université Bourgogne Franche-Comté, Besançon, France

Nicolas NOIRET
Laboratoire de Psychologie (EA 3188), Université Bourgogne Franche-Comté, Besançon, France
Centre Mémoire de Ressources et de Recherche, CHRU de Besançon, France

Sylvie NEZELOF
Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, CHRU de Besançon, France
Laboratoire de Neurosciences (EA 481), Université Bourgogne Franche-Comté, Besançon, France

Émilie OLIE
Département d'Urgence & Post-Urgence Psychiatriques, CHRU de Montpellier, France
Laboratoire « Neuropsychiatrie : Recherche Épidémiologique et Clinique » (U-1061), Unité INSERM & Université de Montpellier, France

Camille PIGUET
Laboratoire de Neurologie et Imagerie du Comportement, Département des Neurosciences Fondamentales, Faculté de Médecine, Université de Genève, Suisse

Gwladys REY
Laboratoire de Neurologie et Imagerie du Comportement, Département des Neurosciences Fondamentales, Faculté de Médecine, Université de Genève, Suisse

Benoist SCHAAL
Laboratoire d'Éthologie Développementale et de Psychologie Cognitive, Centre des Sciences du Goût et de l'Alimentation, CNRS & Université Bourgogne Franche-Comté (UMR 6265), Dijon, France

Irvin Sam SCHONFELD
Département de Psychologie, The City College of the City University of New York and the Graduate Center of the City University of New York, New York City, NY, États-Unis

Pierre VANDEL
Service de Psychiatrie de l'Adulte et Centre Mémoire de Ressources et de Recherche, CHRU de Besançon, France
Laboratoire de Neurosciences (EA 481), Université Bourgogne Franche-Comté, Besançon, France

Lucile VILLAIN
Département d'Urgence & Post-Urgence Psychiatriques, CHRU de Montpellier, France
Laboratoire « Neuropsychiatrie : Recherche Épidémiologique et Clinique » (U-1061), Unité INSERM & Université de Montpellier, France

Patrick VUILLEUMIER
Laboratoire de Neurologie et Imagerie du Comportement, Département des Neurosciences Fondamentales, Faculté de Médecine, Université de Genève, Suisse

Lauriane VULLIEZ-COADY
Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, CHRU de Besançon, France
Laboratoire de Neurosciences (EA 481), Université Bourgogne Franche-Comté, Besançon, France

Sommaire

Les auteurs 5
Remerciements 9
Introduction
Éric Laurent et Pierre Vandel 11

Partie 1 :
Personnalité, motivation, nosographie et modes de vie

Effets de la personnalité sur l'humeur
Malick Briki 17

Relations entre humeur et sommeil
Olivier Andlauer 31

Fondements biologiques des effets de la pratique sportive sur l'humeur
Donatella Di Corrado, Tiziano Agostini, Éric Laurent, Edith Filaire 47

L'influence de l'humeur sur la motivation
Jessica Franzen, Kerstin Brinkmann, Guido H. E. Gendolla 59

Burnout et dépression, entre normal et pathologique ? Histoire d'une différenciation hasardeuse
Renzo Bianchi, Irvin Sam Schonfeld, Éric Laurent 75

Pluralité des troubles thymiques et de la dépression en psychiatrie
Julie Giustiniani 95

Les variations de l'expression thymique chez l'enfant et l'adolescent
Lauriane Vulliez-Coady, Sylvie Nezelof 111

Trauma et dépression
Marc-Antoine Crocq, Louis Crocq 121

Relations entre troubles addictifs et troubles de l'humeur
Émilie Lévêque, Pierre Vandel 127

L'influence de la dépression sur les conduites suicidaires
Lucile Villain, Déborah Ducasse, Emmanuelle Aubert, Émilie Olié, Sébastien Guillaume, Philippe Courtet 145

Partie 2 :
Cerveau, cognition, comportement et thérapies

Temporalités, émotion, humeur et troubles de l'humeur
Sylvie Droit-Volet 167

Les mécanismes olfactifs dans la dépression
Gérard Brand, Benoist Schaal 189

Les processus moteurs indexant l'humeur et la dépression
Djamila Bennabi, Emmanuel Haffen 207

Processus oculomoteurs dans la dépression : aspects comportementaux et neuropsychologiques
Nicolas Noiret, Nicolas Carvalho, Pierre Vandel, Éric Laurent 223

Processus cérébraux impliqués dans la régulation de l'humeur
Camille Piguet, Gwladys Rey, Patrik Vuilleumier 243

Aspects méthodologiques et pratiques de l'évaluation neuropsychologique des personnes dépressives
Gilles Chopard 265

Pluralité des approches thérapeutiques dans la dépression
Caroline Masse, Pierre Vandel 285

Conclusion
Pour une approche interdisciplinaire et intégrée de l'humeur normale et pathologique
Éric Laurent, Pierre Vandel 305

Table des matières 313

Remerciements

Nous tenons en premier lieu à témoigner toute notre gratitude envers les différents contributeurs de ce volume. Ce projet a pris sa forme actuelle grâce à la confiance que nous ont accordée des chercheurs et cliniciens travaillant en France, en Suisse, en Italie, aux États-Unis ou au Royaume-Uni, et jouant parfois des rôles de premier plan dans le monde de la recherche ou dans celui de la pratique clinique.

Nous sommes très reconnaissants à l'égard de notre éditeur pour la qualité des relations entretenues tout au long du projet d'édition. Nous avons été sensibles à l'enthousiasme communicatif de M. Amaury Derand à la réception de notre projet, à ses conseils avisés dans le processus de préparation de l'ouvrage, et à l'aide reçue et la patience de Mme Béatrice Käser au cours du processus d'intégration et de mise en forme des chapitres.

Le concept de cet ouvrage est en partie issu de plusieurs années de collaboration entre les deux coordinateurs, collaboration soutenue par différents contrats de recherche établis avec des institutions publiques françaises (Projets Hospitaliers de Recherche Clinique, Projet Région de Franche-Comté, Projet Institut de Recherche en Santé Publique/INSERM). Ce soutien a contribué au développement de nos activités dans nos laboratoires, au maintien de notre collaboration et indirectement à l'émergence du projet d'édition.

Nous souhaitons enfin remercier nos entourages respectifs, proches et familles, pour le soutien apporté au cours de la réalisation de cet ouvrage.

Éric Laurent et **Pierre Vandel**

Éric LAURENT et Pierre VANDEL

INTRODUCTION

Jean Delay, psychiatre et neurologue français dont les travaux ont marqué l'histoire de la psychiatrie du XXe siècle, qualifiait, dans son ouvrage *Les dérèglements de l'humeur* (1946/2001), l'humeur de « notion facile à entendre, mais difficile à définir » (p. 1). Même si le terme a été introduit dans le langage médical par Hippocrate et la médecine antique, humeur, sentiment, affect, émotion, voire passion, sont parfois encore utilisés indifféremment au XXIe siècle ; ce qui montre la difficulté d'expliciter la signification de ce concept. Selon Delay, l'humeur renvoyait à « cette disposition affective fondamentale, riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives, qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur » (*ibid.*).

L'humeur est donc un terme dont l'émergence est ancienne, dont la définition n'est pas facile à établir, mais voisine de celles qui caractérisent les affects ou les émotions. Elle partage avec les autres états affectifs une position sur un axe de valence (positive ou négative). Enfin, elle est fondée par une complexité d'interactions biologiques et expérientielles.

Le projet initiant cet ouvrage est précisément né de notre conception de l'humeur en tant que processus complexe et de notre volonté de rassembler des contributions de chercheurs aux perspectives variées. Cela afin de permettre la mise en commun de savoirs relatifs à l'humeur, qui restent autrement distribués dans des disciplines connexes, essentiellement la psychologie, les neurosciences et la psychiatrie. Il existe peu de contributions sur l'humeur normale en langue française, et à notre connaissance, pas de manuel couvrant à la fois les aspects normaux et les aspects pathologiques, ou même réunissant différents niveaux d'analyse dans l'approche de l'humeur. Pourtant, déjà Hippocrate, entre le Ve et le IVe siècle avant notre ère, concevait le tempérament humain comme la résultante des quatre grandes humeurs (ou fluides) du corps qu'étaient le sang (associé au cœur), la lymphe (associée au cerveau), la bile jaune (associée au foie) et la bile noire (associée à la rate) et coordonnait théoriquement le fonctionnement physiologique, la pathologie organique, et le tempérament. Aujourd'hui, les moyens d'investigation scientifique permettent de relier les états d'humeur au fonctionnement physiologique, mais à d'autres niveaux (activités électrophysiologiques, concentrations hormonales, réponses hémodynamiques du cerveau) ; de quantifier certains comportements par des techniques vidéographiques ; d'établir des profils cognitifs et neuropsychologiques ; de mieux comprendre l'effet des modes de vie (activité sportive, sommeil) sur l'humeur ; ou encore d'envisager des antécédents liés à l'histoire personnelle (personnalité, trauma) et des conséquences potentielles (efforts, motivation, motricité, perception, addictions) de l'humeur normale ou pathologique.

D'un point de vue clinique, les troubles de l'humeur retiennent l'attention. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a estimé en 2012 (Marcus *et al.*, 2012) que les troubles dépressifs touchaient 350 millions de personnes dans le monde ; soit environ 5 % de la population mondiale. Par ailleurs, les troubles thymiques se retrouvent dans de nombreuses pathologies et deviennent transnosographiques. Ceci appelle un certain nombre de questionnements sur la catégorisation des troubles tels que la dépression, le trouble bipolaire, ou encore l'hypothétique burnout, car les enjeux de prise en charge sont forts, en particulier afin de prévenir les comportements suicidaires, d'améliorer la qualité de vie des personnes et d'obtenir la guérison. À côté de la perspective épistémologique, une meilleure compréhension des processus thymiques et de leurs articulations avec

leurs déterminants et leurs conséquences est aussi un impératif de santé publique. Les chapitres contenus dans cet ouvrage traitent de ces déterminants et conséquences de l'humeur, mais aussi des questions de nosographie et des modes de prise en charge thérapeutique.

Au fil du document, les différents contributeurs présentent leur conception de l'humeur et proposent des distinctions conceptuelles entre humeur et concepts connexes (*e.g.*, émotion). Chaque chapitre est ancré dans une spécialité, place l'humeur dans une « chaîne causale » spécifique, et fait référence à un niveau d'échelle d'appréhension des phénomènes particulier.

Les spécialités couvertes par cet ouvrage sont la neuropsychologie, les neurosciences affectives, les neurosciences des systèmes perceptifs et moteurs, la pédopsychiatrie, la psychiatrie de l'adulte, la psychologie cognitive, la psychopathologie, la psychologie sociale et de la personnalité, la psychologie du sport.

Les chaînes causales abordées sont parfois linéaires (humeur conçue comme conséquence ou comme cause d'autres processus), parfois circulaires (influences réciproques).

Les niveaux d'analyse renvoient à des mesures moléculaires, des évaluations de l'activité cérébrale, cognitive, comportementale, des évaluations des représentations par questionnaire ou encore des évaluations composites de type clinique visant à caractériser le trouble thymique d'un patient.

La réunion de ces multiples approches était à notre sens utile pour une meilleure compréhension de l'humeur, tant ce concept nous semblait avoir des sources, des expressions et des conséquences variées. D'un côté, Gotlib et Hammen (2014) ont déjà proposé une approche multidisciplinaire regroupant essentiellement des contributions de spécialistes de psychiatrie et de psychologie dans leur très complet *Handbook of Depression,* mais n'ont pas abordé les aspects normaux. De l'autre, toujours en langue anglaise, l'œuvre de Thayer constitue un bon ancrage pour l'abord du concept d'humeur non pathologique, notamment dans le cadre de sa contribution en monographies (1989 ; 1996 ; 2001). Dans ce contexte, notre ouvrage est un moyen original d'adresser le sujet de l'humeur normale et de l'humeur pathologique du point de vue des spécialistes de plusieurs disciplines. Nous souhaitons faire le point sur les multiples moyens d'investigation scientifique et leur contribution au renouvellement de notre conception de l'humeur. En cohérence avec le terme de la collection « *Neuropsychologie* » dans laquelle cet ouvrage s'inscrit, la réunion des méthodologies et des objets présentée ici a pour objectif une compréhension des relations entre personnalité, système nerveux, cognition, comportement, processus thérapeutiques, et modes de vie, en vue de promouvoir une approche scientifique et clinique plus intégrée des processus thymiques.

Même si le présent ouvrage doit aider le lecteur à faire émerger une définition de l'humeur grâce au repérage d'invariants dans les propositions des différents auteurs, il nous a semblé utile de proposer une définition du concept en amont. Celle-ci doit permettre au non spécialiste d'aborder rapidement la notion d'humeur, et à tous d'évaluer puis de réévaluer au gré des lectures le bien-fondé de la perspective proposée. Ces aspects de définition tendent à prendre en considération les évolutions récentes des approches de la psychologie cognitive, des neurosciences cliniques et cognitives et de la psychiatrie.

L'humeur est dans la vie quotidienne un processus omniprésent que l'on pourrait qualifier de phénomène « de fond », et généralement de basse intensité. Ces deux caractéristiques la distinguent de l'émotion qui est plutôt un processus aigu et d'intensité plus importante. L'humeur est un état affectif (*i.e.*, un ensemble d'informations associées à des valeurs subjectives positive ou négative ou « valences ») qui fait l'objet d'une intégration variable sur le plan de la conscience, mais dont les origines échappent assez largement à celle-ci. L'émotion, quant à elle, a un « objet » souvent bien identifié sur le plan de la conscience, en liaison avec la composante « évaluative » qui l'accompagne voire la génère. En ce sens, même si nous rejoignons partiellement les principaux éléments déjà présents dans la littérature internationale, nous invitons à considérer prudemment certaines définitions qui établissent l'humeur en tant qu'« état affectif sans objet » (Clore & Huntsinger, 2007, p. 393, trad. libre). L'humeur est relative à un grand nombre de paramètres (ce qu'illustrent les différents chapitres de ce livre), voire d'objets de la conscience, lorsque le sujet identifie des éléments qui influencent sa propre humeur. Il est difficile dans des situations routinières, de reconstituer en détail le réseau de facteurs conditionnant son propre état d'humeur, probablement parce que l'humeur est un phénomène complexe, distribué et émergent. C'est-à-dire que les causes sont multiples, que les effets se manifestent non seulement au niveau central, mais aussi très largement au niveau périphérique, et que des formes de représentation de « notre humeur » peuvent être élaborées sur la base de ces multiples informations. Son caractère diffus, pénétrant et semi-persistent dans la plupart des cas, la rendent

influente, au niveau biologique, cognitif et comportemental.

Le présent manuel est structuré autour de deux grandes sections. La première s'intitule « *Personnalité, Motivation, Nosographie et Modes de vie* ». La seconde « *Cerveau, Cognition et Thérapies* ». Dans chacune d'elles, les aspects normaux et pathologiques de l'humeur sont appréhendés, à différents niveaux d'abstraction. Ce découpage relatif a été réalisé par souci de guidage de l'étude des 17 chapitres qui composent le cœur de l'ouvrage. Le niveau d'analyse des contributions et/ou la place de l'humeur dans le système explicatif proposé ont constitué les critères de répartition dans les deux sections. Ces découpages ne sont pas stricts, car plusieurs chapitres présentent des études qui combinent les niveaux d'analyse ou envisagent des relations de cause à effet circulaires plutôt que linéaires.

Cet ouvrage ne vise pas une exhaustivité dans la présentation des méthodes de mesure ou de transformation de l'humeur, ni même dans le compte-rendu des modèles, mais une complémentarité de niveaux d'analyse du processus thymique. Nous espérons contribuer à développer une vue d'ensemble, mieux intégrée, de la nature, des causes, des conséquences, des modalités de régulation personnelle et de prise en charge thérapeutique, de l'humeur.

RÉFÉRENCES

Clore, G. L., & Huntsinger, J. R. (2007). How emotions inform judgment and regulate thought. *Trends in Cognitive Sciences*, 11 (9), 393 – 399. http://doi.org/10.1016/j.tics.2007.08.005

Delay, J. (2001). *Les dérèglements de l'humeur*. Paris : Eticom (Acanthe). (Travail original publié en 1946.)

Gotlib, I. H. & Hammen, C. L. (Eds.). (2014). *Handbook of depression* (3rd Edition). New York : The Guilford Press.

Marcus, M., Taghi Yasamy, M., van Ommeren, M., Chisholm, D., & Saxena, S. (2012). Depression : A global public health concern. In *Depression : A global crisis* (pp. 6-8). Document en ligne récupéré depuis http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf.

Thayer, R. E. (1989). *The biopsychology of mood and arousal.* New York : Oxford University Press.

Thayer, R. E. (1996). *The origin of everyday moods : Managing energy, tension, and stress.* New York : Oxford University Press.

Thayer, R. E. (2003). *Calm energy : How people regulate mood.* New York : Oxford University Press.

Partie 1 :
Personnalité, motivation, nosographie et modes de vie

Malick BRIKI

EFFETS DE LA PERSONNALITÉ SUR L'HUMEUR

RÉSUMÉ

Depuis l'enseignement d'Hippocrate au Ve siècle avant notre ère, la question de la personnalité a toujours été liée à l'humeur. Les tempéraments sanguin, bilieux, mélancolique et flegmatique fournissent une représentation de la personnalité durablement ancrée dans la pensée des philosophes jusqu'aux psychologues modernes.

De quoi parle-t-on lorsqu'il est question de personnalité ? Des traits de caractère habituels ou pathologiques du domaine de classification dimensionnelle ou du domaine catégoriel largement prévalent en psychiatrie ? Est-on dans le champ de la psychologie, de la psychiatrie, des neurosciences, de la médecine somatique ou encore de la psychanalyse ? Les axes de recherche sont extrêmement différents selon le référentiel choisi. Nous tenterons donc de ne pas nous limiter à un seul domaine de compréhension pour enrichir notre réflexion, sans prétendre à l'exhaustivité du sujet. Après un résumé des grands axes d'étude de la personnalité, nous envisagerons plus précisément les liens entre humeur et personnalité d'un point de vue clinique, neurobiologique et psychopathologique, pour élargir notre propos sur les perspectives thérapeutiques.

Mots clés : *humeur, personnalité, émotions, troubles de la personnalité, psychothérapie*

1. HISTORIQUE ET GÉNÉRALITÉS SUR LE CONCEPT DE PERSONNALITÉ

Si tout un chacun possède une représentation intuitive de la personnalité, la définir en quelques mots ne se révèle pas si simple. Parmi d'autres définitions plus complexes, JASPERS en 1913 évoque la personnalité comme « la façon particulière dont se manifestent les tendances et les sentiments d'un homme, la façon dont il est impressionné par les situations dans lesquelles il se trouve, et dont il réagit sur elles » (Jaspers, 1913).

La personnalité peut ainsi se concevoir en tant qu'ensemble unique, stable et pourtant dynamique, articulant harmonieusement cognitions, émotions et comportements, le tout influençant la perception de soi, du monde environnant, et les modalités relationnelles.

Cette unité intégrative résulterait de l'interaction entre l'hérédité et l'environnement. Les études familiales tendent à montrer que la composante génétique expliquerait de 30 à 60 % de la variance observée (Bouchard et coll., 1990). Ainsi malgré la part d'inné, la personnalité est malléable et se construit tout au long de l'enfance et de l'adolescence, via les multiples interactions avec le milieu de vie. Elle se stabilise au début de l'âge adulte : on ne parle donc pas de trouble de la personnalité avant cet âge. Elle est unique, reflétant la multiplicité infinie de ses modalités possibles d'organisation, expliquant par exemple que deux personnes de réagissent pas de la même manière à une situation identique. Enfin, la personnalité est dynamique en ce qu'elle permet l'adaptation aux modifications survenant dans l'environnement. Cette structure fonctionnelle répond aux nécessités motivationnelles et adaptatives de l'individu, permettant par exemple de moduler l'expression comportementale dans une situation sociale donnée.

D'un point de vue structuraliste, la personnalité est constituée du tempérament, du caractère et de l'intelligence (Saucier, 2006). Le tempérament représenterait l'aspect génético-biologique de la personnalité, avec des dispositions innées à expérimenter et exprimer les émotions et comportements. Ces

aspects sont manifestes dès les premiers mois de la vie et sont variables d'un sujet à l'autre. Malgré une certaine stabilité du tempérament dans le temps, l'expérience et l'apprentissage par le contexte permettent sa modulation. Le caractère résulterait, dans une perspective analytique, de mécanismes de défense (refoulement, projection, sublimation…) mis en place dans l'enfance et persistant de façon durable. Ces traits de caractère sont objectivables car observables (études comportementales, tests projectifs comme le Rorschach…). Ils sont influencés par la culture et sont égo-syntoniques en dehors de toute psychopathologie, c'est-à-dire que le sujet les reconnaît comme siens et n'en souffre pas. Enfin l'intelligence représente le système cognitif (performances neuropsychologiques, aptitudes métacognitives), lui-même en interaction avec le contexte social.

Si l'on se réfère à la théorie néo-comportementaliste, la personnalité est le résultat d'une confrontation d'habitudes acquises au cours du développement avec les exigences d'un environnement générateur de plaisirs mais aussi de frustrations, ceci sous la dépendance de facteurs socio-culturels. La motivation est ici le déterminant interne du comportement. Elle est biologiquement sous-tendue par la nécessité de survie de l'espèce et liée aux expériences émotionnelles primaires. Le rôle des renforçateurs, positifs (récompense) et négatifs (déplaisir, douleur), est essentiel à l'apprentissage par expériences, lui-même soumis aux lois de généralisation et d'extinction des habitudes (Skinner, 1978).

D'après l'hypothèse cognitiviste, les schémas de pensée – issus de l'interaction gènes-environnement – permettent le traitement différentiel de l'information d'un individu à l'autre. Cette variabilité inter-individuelle va s'exprimer dans les processus de perception, de catégorisation et de prise de décision, et conduire à définir la personnalité (Beck, 1979).

Selon la réflexion psychanalytique, la personnalité est « l'ensemble structuré des dispositions innées et des dispositions acquises sous l'influence de l'éducation, des interrelations complexes de l'individu dans son milieu, de ses expériences présentes et passées, de ses anticipations et de ses projets » (Sillamy, 1965). La personnalité se constitue au travers des stades infantiles avec l'utilisation de divers mécanismes de défense psychiques inconscients qui évoluent avec la maturation psychodynamique du sujet. Les fixations, blocages ou régressions à certains stades de maturation sont décrits comme des « névroses de caractère » correspondant de nos jours aux troubles de la personnalité (Bergeret, 1974).

Dans les années 1930, le modèle analytique s'oriente sur le champ social, attribuant à ce dernier la genèse du refoulement à l'origine de l'angoisse. Pour Bandura, l'apprentissage social, ou par modèle, est un des fondements de la construction de la personnalité (Bandura, 1980). Les théories sociales et culturelles plus récentes proposent par exemple que les notions de féminité-masculinité ou les attitudes face au pouvoir sont largement culturellement déterminées (Eagly & Wood, 1999).

La psychosomatique, dont le propos est de savoir à quel point les facteurs psychologiques sont impliqués dans l'étiologie, l'évolution et le traitement des pathologies médicales ; a permis de définir des profils de personnalité particuliers (Dunbar, 1947 ; Friedman & Rosenman, 1959). Selon leur capacité de gestion du stress, certains types de personnalité auraient une propension à développer un certain nombre de pathologies somatiques telles que l'asthme, l'eczéma ou encore certains ulcères. Par exemple le type A (impatience, combativité, responsabilité, perfectionnisme) entraînerait un sur-risque cardio-vasculaire, alors que le type B (tentative d'action et de maîtrise, souplesse adaptative) serait plutôt protecteur sur ce plan.

En définitive, et ces approches très diverses en témoignent, la personnalité apparaît comme un ensemble complexe articulant les pensées, les émotions et les pulsions, colorant durablement notre façon de voir le monde et d'interagir avec lui, modulant notre intelligence et notre humeur.

2. PERSONNALITÉ NORMALE ET THYMIE

2.1. De la pensée antique à la psychologie moderne

Cette relation indissociable entre personnalité et thymie a fait l'objet de nombreux travaux et écrits au fil des siècles, et les analyses en psychologie moderne découlent de l'enseignement hippocratique :

> *« Les humeurs ont une action sur le moral et l'intelligence. Le sang rend l'homme beau de corps, franc, gai, gracieux, plaisantant et souriant. La bile jaune rend l'homme amer, irascible ; la bile noire rend l'homme insidieux, envieux, fort soucieux et gros dormeur. Le phlegme rend l'homme beau de corps, éveillé, modeste et blanchissant rapidement. » (Littré, 1839).*

Pour tenter de cerner au mieux le concept de personnalité, certains auteurs ont réalisé des analyses factorielles en utilisant les mots contenus dans le langage et relatifs au caractère dans le but de regrouper les termes similaires en variables communes réduites à quelques attributs seulement. Certains auteurs décrivent l'analyse factorielle comme une procédure de réduction de variables organisant de nombreuses variables en quelques facteurs qui résument les relations qu'elles entretiennent (Goldberg et coll., 1994). Allport et Odbert ont par exemple énuméré presque 18 000 mots du « Webster's second international dictionary » qui désignent des caractéristiques pouvant servir à distinguer un être humain d'un autre. Ainsi, des 18 000 mots nécessaires (Allport et coll., 1936) pour qualifier le fonctionnement psychologique d'une personne, Eysenck décrit deux dimensions de base : l'extraversion (opposée à l'introversion) et le neuroticisme (opposé à la stabilité émotionnelle et regroupant la majorité des émotions négatives). Ceci lui permet de sérier les traits de personnalité des quatre catégories de tempérament décrits par Hippocrate. Partant d'individualités pourtant uniques, des traits communs entre différents sujets peuvent être ainsi identifiés (Tableau 1). Ce regroupement des personnalités en types flegmatique, mélancolique, sanguin et colérique, préfigure non seulement les divers modèles dimensionnels proposés par la suite, mais également les classifications catégorielles actuelles des troubles de la personnalité utilisées en psychiatrie (Eysenck, 1947 ; 1953 ; 1990).

	STABILITÉ ÉMOTIONNELLE	NEUROTICISME
Introverti	Flegmatique : passif, peureux, pacifiste, contrôlé, fiable, calme…	Mélancolique : pessimiste, asociale, sobre, rigide, anxieux, réservé…
Extraverti	Sanguin : sociable, vif, chaleureux, facile, bavard, risqué…	Colérique : actif, optimiste, impulsif, instable, agressif, excitable…

Tableau 1 : Traits de personnalité dérivés de deux dimensions de base (adapté de Eysenck, 1947).

Dans les années 1980-1990, les études descriptives dimensionnelles plaçant chaque trait de personnalité sur un continuum entre deux pôles opposés, finissent par imposer le modèle à cinq facteurs (Costa et McCrae, 1985). Les questionnaires psychométriques de personnalité tels que le NEO-PI-R (*Revised NEO Personality Inventory*) sont issus de ces études dimensionnelles et sont surtout utilisés en psychologie clinique (Tableau 2).

OUVERTURE À L'EXPÉRIENCE	CARACTÈRE CONSCIENCIEUX	EXTRAVERSION	AGRÉABILITÉ	NEUROTICISME
Imaginatif – terre-à-terre, Créatif – non-créatif, aimant la variété – routinier…	Sérieux – frivole, responsable – irresponsable, soigneux – négligé…	Confiant – timide, spontané – inhibé, actif – soumis, assuré – passif…	Chaleureux – froid, gentil – méchant, poli – rude, bon – irritable…	Nerveux – reposé, Anxieux – détendu, Stressé – relaxé, excitable – calme…

Tableau 2 : Traits de personnalité dérivés des cinq dimensions de base, modèle OCEAN ou « Big Five » (adapté de Costa et McCrae, 1985).

Dans la plupart des études envisageant les liens entre personnalité et humeurs, le modèle dimensionnel à cinq facteurs est utilisé, que ce soit dans les recherches en population générale, ou celles réalisées en population clinique (Watson et Clarck, 1992 ; Isard, 1993 ; Eder et Mangelsdorf, 1997, Watson et coll., 2014).

Une hypothèse fréquemment débattue repose sur le sens du lien entre personnalité et humeur (Figure 1). La personnalité favorise-t-elle certaines conditions de vie associées aux grands domaines thymiques positif et négatif ? Selon cette hypothèse, c'est le type même de personnalité qui entraîne un style de vie propice à l'activation thymique de valence différentielle selon le tempérament. Par exemple un sujet ouvert, fiable et agréable serait plus souvent valorisé par autrui et augmenterait son estime de soi, avec par ce biais une capacité plus importante à expérimenter des dispositions affectives tels la joie, le bien-être ou le plaisir. Ainsi, l'ouverture, l'agréabilité et le caractère consciencieux seraient, dans cette hypothèse, des traits de personnalité favorisant instrumentalement – par l'expérience – une humeur positive.

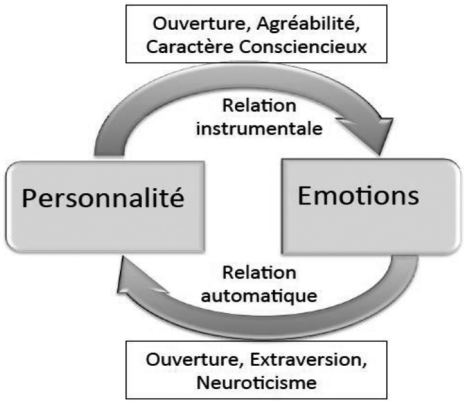

Figure 1 : Liens entre émotions et dimensions de personnalité (adapté de Costa et McCrae, 1997 ; tiré de Hansenne, 2003)

La question peut aussi être posée différemment : le degré de réactivité émotionnelle pourrait-il conditionner la personnalité ? Cette hypothèse reviendrait à dire que les pulsions émotionnelles sont primaires et entraînent des schémas de pensée particuliers et donc un style comportemental et relationnel en découlant. Par exemple un sujet enclin à la tristesse de l'humeur et aux angoisses aurait une plus grande tendance à l'auto-dévalorisation et à l'activation de schémas d'impuissance apprise, avec pour résultante une propension à la passivité et à l'isolement social ; et inversement pour un sujet plus confiant avec une humeur généralement positive. L'ouverture, l'extraversion et le neuroticisme seraient ici des traits entraînés automatiquement par les aptitudes émotionnelles primaires et par la valence thymique globale d'un sujet donné.

Dans les années 1970, Beck envisage sa « triade cognitive » pour décrire l'humeur dépressive, et ce de façon très liée à certains traits de personnalité sans préjuger du sens de l'association. Une perception de soi négative (mésestime), un sentiment de rejet, de culpabilité ou d'inutilité vis-à-vis d'autrui, et enfin une vision pessimiste du monde perçu comme injuste ou cruel sont des caractéristiques anxio-dépressives bien reconnues de nos jours, quelle que soit l'échelle psychométrique utilisée. Certaines cognitions négatives, associées aux schémas de pensée dysfonctionnels et à des traits de personnalité particuliers, peuvent persister après traitement et constituent un facteur de vulnérabilité aux rechutes dépressives, d'où l'importance de repérer le fonctionnement de personnalité pour ainsi permettre la rémission durable par le biais de psychothérapies adaptées.

Après avoir abordé la question par son aspect psychologique, qu'en est-il des relations entre humeur, traits de personnalité et vulnérabilité neurobiologique ?

2.2. Bases neurobiologiques des liens entre personnalité et émotions

Selon une vision intégrative et psychobiologique, la personnalité résulte de la confrontation d'habitudes acquises au cours du développement avec les exigences environnementales, et ce, sous la dépendance de facteurs socio-culturels. Pour Gray, l'impulsivité est liée au système de récompense et conditionne la dimension d'extraversion. Cette impulsivité serait contrôlée par l'anxiété (système de punition) permettant l'inhibition comportementale (conditionnant l'introversion) via les neuromédiateurs tels que sérotonine et noradrénaline (Gray, 1981). Cloninger décrit le modèle tridimensionnel de personnalité comprenant la recherche de nouveauté, l'évitement du danger-blessure, et la dépendance à la récompense, en lien respectivement avec les systèmes dopaminergique, sérotoninergique et noradrénergique (Cloninger, 1998). Pour Tellegen, les émotions positives et négatives sont soumises à un système de contraintes permettant le contrôle des comportements (Tellegen, 1985). Selon Izard, les émotions humaines constituent les processus motivationnels primaires, ces motivations fondamentales ayant une fonction adaptative à tous les niveaux de l'évolution. Les émotions et les dispositions thymiques d'un individu agiraient comme un filtre sélectif permettant l'organisation des tendances à l'action, et dont l'intervariabilité modulerait l'expression de la personnalité (Isard, 1977). Ces hypothèses impliquent donc une part innée de capacité à ressentir préférentiellement certains états d'humeur plutôt que d'autres, conditionnant le mode relationnel à l'environnement et agissant dès les premiers âges de l'existence. Rétroactivement les réponses aux stimuli internes et externes renforcent certaines expériences et participent à façonner les traits de personnalité, et ce de manière différente selon les prédispositions individuelles de chaque individu en lien avec son propre milieu.

Il semblerait qu'une continuité dans l'évolution des circuits sub-corticaux limbiques (siège des émotions) existe entre les grands mammifères et l'Homme, tant sur le plan neuro-anatomique que neuro-chimique. L'étude phylogénétique de patterns cérébraux émotionnels transmis et sélectionnés par l'évolution appuierait l'hypothèse de la prévalence des émotions de base (peur, colère, deuil et joie) – largement partagées chez les mam-

mifères – dans la construction de la personnalité (Darwin, 1872/1967). McDougal développe l'idée d'émotions primaires à l'origine de comportements instinctifs orientés (fuite, dégoût, curiosité, combativité, soumission, affirmation et instinct parental) comme étant à la base de types de personnalité retrouvés dans plusieurs espèces de mammifères, dont l'Homme (McDougal, 1908/1963). Les études de stimulation électrique cérébrale chez l'animal ont permis d'étayer l'existence de circuits neuraux distincts pour les émotions primaires (Panksepp, 2005, 2007). Chez l'Homme, les études par Petscan et Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) fonctionnelle montrent l'existence de ces zones spécifiques dans la région limbique siégeant dans le paléo-cortex ou « cerveau reptilien ». L'hypothèse ontogénétique soutient que l'activation différentielle de ces zones, héritée pour un individu donné puis soumise à la modulation épigénétique, serait à la base des interprétations de la réalité environnementale, interprétations variables d'un individu à l'autre. Ces ressentis primaires entraînent des comportements instinctifs qui à leur tour provoquent des interprétations de second ordre (rétroactivité de l'expérience permettant l'apprentissage) puis de troisième ordre (activités métacognitives ou de « réflexion sur soi »). Ainsi, les expériences affectives primaires et l'humeur – de la peine à la joie – pourraient bien être les fondations mêmes de la personnalité, en un continuum du normal au pathologique (Davis & Panksepp, 2011).

Une équipe californienne a récemment synthétisé les travaux sur le sujet, améliorant le développement d'échelles psychométriques dans le but d'objectiver les traits de personnalité en fonction des six domaines affectifs neurologiques primaires (Barrett et coll., 2013). Ces domaines, décrits par des comportements instinctifs découlant des émotions primaires sont : 1/le jeu, permettant la compétition et les contacts physiques facilitant le lien social et les affects positifs ; 2/le comportement de recherche, reflétant le désir de satisfaire besoins et envies, dont ceux de récompense et de plaisir ; 3/le système du « prendre soin », impliquant les comportements d'assistance, de soutien et d'amour, de même que le soulagement de la douleur et de la détresse ; 4/le système de peur, entraînant les comportements de fuite ou de stupeur anxieuse ; 5/ le système de colère, responsable de l'agressivité et de la combativité ; 6/les comportements de tristesse, évoqués par la perte, la séparation, le rejet social, pouvant induire une douleur autant morale que physique. Des échelles psychométriques découlent de ces recherches : les ANPS (Affective Neuroscience Personality Scales). Elles sont traduites en version française (Pahlavan et al., 2008) et présentent selon leurs auteurs une bonne corrélation avec le modèle à cinq facteurs NEO-PI-R. Ainsi le jeu est associé à l'extraversion, la recherche avec l'ouverture à l'expérience, le « prendre soin » avec l'agréabilité, la peur et la tristesse avec le neuroticisme, la colère avec le neuroticisme et inversement à l'agréabilité. Aucune des échelles ne corrélait avec le caractère consciencieux. La version brève de ces échelles semble plus robuste en terme de corrélation au NEO-PI-R, elle est surtout plus courte de passation (5 min contre 15) mais n'est à notre connaissance pas encore validée en langue française. En comparaison avec le modèle à cinq facteurs, les ANPS sont ainsi plus spécifiquement liées aux bases neurobiologiques des affects et permettraient donc l'exploration plus fine des traits de personnalité. Par exemple une étude explorant le sentiment de nostalgie évoqué à l'écoute de musique triste a montré un lien avec le neuroticisme mesuré par le modèle à cinq facteurs. Pour autant le neuroticisme recouvre toute une palette d'émotions négatives, de la tristesse à l'anxiété en passant par la tension interne et plus généralement l'émotivité. Il s'est avéré dans cette étude que la mesure de la tristesse par ANPS était un prédicteur du sentiment de nostalgie, et ce de façon plus puissante que le neuroticisme (Barett et al., 2010).

3. INTERACTIONS AVEC LA PSYCHOPATHOLOGIE

Les recherches intéressant la personnalité et la psychopathologie ont été déconnectées l'une de l'autre des décennies durant, suite à l'abandon des classifications psychodynamiques dans les années 1960. L'ancien modèle psychodynamique rendait en effet indissociable la structure de personnalité et les troubles psychiques, par exemple une « névrose d'angoisse » regroupait forcément une personnalité anxieuse et des phobies. Les vastes études épidémiologiques qui ont eu lieu aux États-Unis à cette période ont permis, via l'outil statistique, de rendre compte de la non systématisation de l'association entre personnalité et pathologie.

Cependant, depuis le milieu des années 1990, on constate l'explosion des travaux liant ces deux problématiques, avec très récemment l'entrée dans l'ère du DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.) qui inclut dans sa section III une classification dimensionnelle des traits de personnalité, largement inspirée du modèle à cinq facteurs et permettant un regain d'intérêt dans

ce domaine de recherche (American Psychiatric Association, 2013).

Évoquer la psychopathologie liant personnalité et thymie peut renvoyer à deux grands axes : celui des troubles dits « graves » de la personnalité dans ses liens à la thymie, et celui de la psychopathologie de la thymie en lien avec les traits de personnalité. Le premier axe repose généralement sur les études psychiatriques et les classifications idoines (DSM 5 et CIM 10), le second quant à lui est plus vastement étudié en psychologie clinique, utilisant l'abord dimensionnel de la personnalité (APA, 2013 ; WHO, 2016).

3.1. Traits de personnalité et thymie : aspect dimensionnel

L'intérêt d'une perspective dimensionnelle dans l'étude des troubles de la personnalité est de plus en plus discuté ces dernières années. Si cet aspect n'a pu s'imposer dans la version finale du DSM-5, il n'en reste pas moins intéressant à plus d'un titre. Plutôt que de considérer les critères comme « absents » ou « présents », le système dimensionnel décrit les variations cognitives, émotionnelles et comportementales entre deux extrêmes. Ce système s'avère ainsi plus proche de la réalité clinique, diminue le risque de perte d'information et va dans le sens d'un continuum entre le normal et le pathologique. Dans le but de décrire cette réalité, la majorité des études utilise l'analyse factorielle, regroupant certaines dimensions signifiantes entre elles. L'annexe III du DSM-5 propose un modèle hybride introduisant des mesures dimensionnelles. Pour résumer, le critère A fait rechercher un trouble significatif du Soi (identité, valeurs, autodétermination, capacités réflexives…) et des difficultés dans les relations interpersonnelles (empathie, capacités de liens d'intimité). Le critère B doit évaluer les traits prédominants pathologiques parmi cinq dimensions et 25 facettes : 1) Domaine d'affectivité négative (opposé à stabilité émotionnelle), 2) Domaine du détachement (versus extraversion), 3) Domaine de l'antagonisme (versus agréabilité), 4) Domaine de la désinhibition (versus conscienciosité), 5) Domaine du psychoticisme (versus rationalisme). Ce modèle devrait ainsi servir de base aux futures recherches, et permettre de combler certaines déficiences du modèle catégoriel.

À ce jour, les recherches dérivées de modèles multidimensionnels (comme le modèle à cinq facteurs) sont de loin les plus importantes dans la littérature internationale sur le sujet et intéressent les domaines de la psychologie, de la neurobiologie, de la physiologie ou encore de la psychiatrie.

Parmi les dernières publications étudiant les aspects émotionnels de la personnalité et la psychopathologie, on peut retenir l'étude récente de Nomoto sur la dépression (Nomoto et coll., 2015).

Cette équipe a mesuré les taux de BDNF (*Brain-Derived Neurotrophic Factor*), facteur de croissance neuronal le plus présent dans le cerveau. Il s'agissait d'apporter un nouvel éclairage concernant la classique dichotomie entre dépression psychogène et dépression endogène. Ces dosages de BDNF réalisés sur un échantillon de 123 patients dépressifs ont été corrélés aux données du questionnaire psychométrique TCI (*Temperament and Character Inventory*). Des recherches antérieures sur le sujet montraient une variation inverse entre neuroticisme et taux de BDNF mais sans détailler les facettes potentiellement en cause, ni les types de dépression psychogène/endogène, attendu que les patients souffrant de dépression ne montrent pas tous ces variations du BDNF. Cette étude va plus loin en montrant qu'un tempérament inné (aspect génético-biologique de la personnalité) de type « évitement des situations de danger » (tendance à l'anxiété, au pessimisme) associé à un caractère acquis de « capacités de coping défaillantes » semble favoriser les dépressions sans modification des taux de BDNF, dépressions ainsi considérées comme « psychogènes » par ces chercheurs (Nomoto et coll., 2015).

La réponse au stress est également fréquemment étudiée car elle semble varier notablement selon les dimensions de personnalité. Ainsi, un groupe de 125 sujets sains était soumis à une tâche de stress standardisée (prise de parole devant un groupe d'inconnus avec feedback négatif) avec mesures du cortisol et de paramètres physiologiques (fréquence cardiaque, tension artérielle) et psychométriques (échelle MPQ-BF, Patrick, 2002). Un neuroticisme élevé était lié à la détresse émotionnelle et à une diminution de la tension artérielle. Quant à l'extraversion, sa composante agressive (de type domination sociale) était corrélée à une fréquence cardiaque élevée prolongée, et sa composante assertive (de type coopération sociale) à des taux de cortisol bas et des variations de tension artérielle (Childs et coll., 2014). L'étude de Darragh sur l'effet placebo (c'est-à-dire la réponse psychophysiologique positive à un stimulus censé être inactif) en situation non douloureuse (ici en contexte de stress) recherchait des relations possibles avec les traits de personnalité. Un spray nasal placebo était donné en situation standardisée de stress avec des sujets sains en aveugle. Il semblerait que les traits d'extraversion avec recherche de nouveauté et optimisme soient moins présents chez les

répondeurs au placebo dans cette étude (réduction plus rapide de leur fréquence et de leur variabilité cardiaque, moins de stress ressenti), et que cette réponse dépende du contexte. En effet, les études antérieures portant sur les situations avec condition douloureuse et traitement placebo aboutissaient à des conclusions opposées : les traits d'extraversion avec recherche de nouveauté étaient plus présents chez les répondeurs (Darragh et coll., 2014).

Le genre semble également, en lien avec les traits de personnalité, influencer la réponse émotionnelle en situation de vie quotidienne. Une étude de psychophysiologie portant sur 169 sujets sains explorait les liens entre personnalité et réponse émotionnelle au moyen de séquences vidéo à valence émotionnelle négative (violence, peur, tristesse, tension anxieuse). Les résultats en termes de fréquence cardiaque et de conductance cutanée montraient une corrélation avec les dimensions de neuroticisme et d'extraversion, les sujets féminins offrant une réponse plus intense que les masculins, lorsque les traits de personnalité étaient contrôlés par l'analyse. Les auteurs soulignent enfin que la réponse physiologique aux scènes était fréquemment opposée entre les genres masculin et féminin (Brumbaugh et coll., 2013).

Ces quelques études récentes montrent les intérêts variés des modèles dimensionnels de la personnalité en psychologie expérimentale. Cependant les limites de tels modèles tiennent d'une part à leur disparité, et d'autre part à une moindre aisance d'utilisation par le clinicien : manque de familiarité avec ces mesures complexes, dimensions cliniques moins évocatrices des troubles psychiques ou psychiatriques que les catégories de troubles de la personnalité répertoriées dans les manuels statistiques (CIM 10, DSM 5).

3.2. Troubles de la personnalité et thymie : aspect catégoriel

3.2.1. *Généralités*

Les catégories de personnalités pathologiques n'ont pas été modifiées du DSM IV au DSM 5, si on ne considère pas les annexes de ce dernier. On parle de trouble de la personnalité lorsque le vécu personnel (niveaux cognitif et émotionnel) et les conduites d'un individu dévient notablement de ce qui est attendu dans une culture donnée. Ces modalités cognitives, émotionnelles et comportementales se rigidifient, envahissant durablement des situations sociales et personnelles très diverses. Enfin, ces modalités entraînent une souffrance cliniquement significative, et/ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou autre domaine important. Les premières manifestations d'un trouble de la personnalité sont décelables à la fin de l'adolescence-début de l'âge adulte. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble psychique, ne sont pas dus aux effets d'une substance psychoactive ni secondaire à une pathologie somatique. Sur le plan épidémiologique, les études sont divergentes mais on peut considérer qu'en population générale, la prévalence des troubles de la personnalité varie entre 9 % et 15,7 %, avec une médiane à 10,56 % (Lenzenweger, 2008). Ainsi, en dépit des différences méthodologiques retrouvées dans la littérature, on peut estimer qu'une personne sur 10 présenterait un trouble de la personnalité.

Dans le DSM 5, dix troubles de la personnalité sont regroupés en trois « clusters » selon leurs similitudes.

Le groupe A comporte les personnalités décrites comme bizarres et excentriques, il s'agit des personnalités paranoïaque, schizoïde et schizotypique. Aux côtés des dimensions d'extraversion et de neuroticisme, Eysenck avait également décrit la dimension psychotique, caractérisée par une tendance à la méfiance et à une certaine indifférence affective que l'on retrouve fréquemment dans ce cluster (Eysenck, 1975).

Le groupe B réunit les personnalités extraverties et à faible capacité d'empathie, c'est-à-dire les personnalités psychopathique, borderline, histrionique et narcissique. Ces types de personnalité sont caractérisés par une forte instabilité émotionnelle. Cette extraversion combinée à un certain degré de neuroticisme contraste avec une faible capacité de reconnaissance des états affectifs de soi et d'autrui. Le corollaire est une propension à l'impulsivité et à la prise de risque avec une tendance à blesser l'autre, et soi-même.

Le groupe C concerne les personnalités de type inhibée et angoissée, il s'agit des personnalités évitante, dépendante et obsessionnelle ou anankastique. Ces personnalités sont dominées par un fort degré de neuroticisme qui les prédispose aux pathologies anxieuses et dépressives à des degrés divers.

Comme nous l'avons signalé, l'école psychanalytique considérait un continuum entre les troubles de la personnalité et certains troubles mentaux. Elle décrivait par exemple la « névrose obsessionnelle » qui regroupait la personnalité anankastique et les troubles obsessionnels-compulsifs, ou la « névrose hystérique » alliant personnalité histrionique et syndrome conversif. Différemment, la clinique contemporaine sépare personnalité et trouble psychiatrique, sur la base d'études épidémiologiques confirmant l'absence de lien systématique entre ces deux

entités. A contrario, la frontière semble floue entre certaines catégories de troubles de la personnalité et certains troubles mentaux. C'est par exemple le cas entre personnalité évitante et phobie sociale, ou entre schyzotypie et schizophrénie.

Il n'empêche que la recherche des traits de personnalité pathologique est essentielle en clinique en ce qu'ils représentent un facteur de risque de pathologie psychiatrique : dépressions, troubles anxieux, abus de substances, psychoses dissociatives ou non. Enfin, les troubles de la personnalité sont un facteur péjorant le pronostic à long terme des maladies psychiatriques dont il est essentiel de tenir compte (une dépression « classique » se traitera en 6 mois en moyenne contre un à deux ans s'il existe un trouble de la personnalité associé).

Les études sur les troubles de la personnalité (définis de façon catégorielle) concernant leurs aspects thymique et émotionnel sont relativement peu nombreuses et intéressent généralement le cluster B, principalement la psychopathie, le narcissisme et la personnalité borderline, où la question de la dysrégulation émotionnelle apparaît centrale.

3.2.2. *Régulation émotionnelle et personnalité*

La régulation émotionnelle est un processus automatique ou contrôlé en réponse à l'émotion, incluant l'expérience subjective, la réaction physiologique et le comportement. Les stratégies précédemment mises en place (réponses apprises) peuvent servir de point d'ancrage pour générer une réponse comportementale automatique permettant d'agir sur le ressenti (ex : éviter de croiser un ami en colère après soi, afin de s'éviter un ressenti de culpabilité). Le focus peut au contraire se placer sur les stratégies émotionnelles et moduler ainsi l'expérience subjective, la réaction physiologique et le comportement (c'est l'exemple des techniques de relaxation et ses effets sur l'anxiété et la réponse au stress). La dysrégulation émotionnelle s'exprime lorsque la réponse n'est pas modulable, avec un bénéfice immédiat bien moindre que le poids des désavantages à long terme d'une telle réponse, ou encore lorsque les tentatives de suppression ou de résistance aux émotions entraînent des réponses émotionnelles secondaires inappropriées (douloureuses ou source de souffrance). Les troubles de la régulation émotionnelle sont présents dans la quasi totalité des troubles psychiatriques. Pour certains, cet impact transdiagnostique pourrait ouvrir la voie à l'approche dimensionnelle des difficultés de régulation des émotions. Ces auteurs étudient la dysrégulation émotionnelle dans ses rapports à la psychopathologie : les troubles de l'humeur, le trouble borderline, les troubles anxieux, les abus de substance, l'agressivité ou encore la suicidalité (Eisenberg et coll., 2000). Enfin, les variations interindividuelles d'expression et de régulation des émotions semblent impliquées dans le développement de la personnalité, spécialement dans les troubles associés à un fort degré de neuroticisme. Ces hypothèses, dans la lignée des travaux de McDougal sur les mammifères, méritent d'être étudiées plus amplement chez l'Homme (Davis & Panksepp, 2011).

3.2.3. *Psychopathie et troubles du narcissisme*

Les traits psychopathiques de la personnalité sont multiples, incluant l'absence de sentiment de remords, l'insensibilité, l'hypocrisie-mensonge, l'égocentrisme, le manque de liens interpersonnels, la séduction, l'attribution externalisée de la faute, le manque de peur et d'anxiété (Cleckley, 1941).

Divers outils psychométriques (par exemple « The Psychopathy Checklist-Revised », 1991 ; « The Psychopathic Personality Inventory-Revised », 2005) repèrent par analyse factorielle deux principaux facteurs : les traits émotionnels (ou facteur 1 : caractère égoïste, sans remords, insensible, absence de peur et domination…), et l'instabilité sociale avec déviance (ou facteur 2 : impulsivité et auto-centration) (Hare, 1991 ; Lilienfeld & Widows, 2005). Le facteur 1 serait négativement corrélé à l'anxiété (la peur n'est pas reconnue), alors que le facteur 2 le serait positivement, faisant rechercher des étiologies diverses pour un phénotype commun. D'un côté un tempérament sans peur, de l'autre des déficits de contrôle cognitif par le lobe frontal ; ces deux processus physiopathologiques distincts pouvant mener à une mauvaise interprétation du sentiment de peur, à des prises de décision risquées, et donner ainsi lieu à des comportements antisociaux. Les recherches en génétique du comportement montreraient une forte influence des gènes sur ces deux facteurs avec une vulnérabilité frontale (impulsivité et auto-centration) qui serait contrebalancée par la mise à distance émotionnelle (absence de peur et domination) (Blonigen et coll. 2005). Concernant les facteurs de psychopathie, des associations tendent à montrer un lien avec une dysrégulation émotionnelle. Ainsi le facteur 1 (absence de peur) serait négativement associé aux affects négatifs ou neuroticisme, l'anxiété et l'abus d'alcool, et peu relié aux troubles borderline et la suicidalité. Ce serait l'inverse pour le facteur 2 (impulsivité et auto-centration), dans des tentatives de réparation de l'humeur négative ou de maintien des affects positifs.

Pour résumer, les traits de personnalité de type impulsivité et faible capacité d'empathie semblent associés à l'anxiété et à la dépressivité, avec une comorbidité fréquente repésentée par la labilité émotionnelle et la suicidalité.

Dans une étude de Donahue, recherchant des liens entre les facteurs de psychopathie et la dysrégulation émotionnelle, 91 volontaires étudiants et 28 hommes précédemment condamnés pour agressions, ont rempli des échelles psychométriques de psychopathie et de mesure de régulation émotionnelle (DERS pour *Difficulties in Emotion Regulation Scale* de Gratz et Roemer, 2004). Les analyses statistiques confirmaient les données de la littérature : le facteur 1 (absence de peur) et la dysrégulation émotionnelle étaient négativement liés, alors qu'une association positive était montrée avec le facteur 2 (impulsivité et auto-centration). Des implications thérapeutiques pourraient en découler : les individus dont le facteur 2 est élevé pourraient le plus bénéficier des approches visant le contrôle émotionnel. C'est par exemple le cas de la thérapie dialectique de Linehan qui combine des stratégies basiques de thérapie comportementale et des techniques issues de la pleine conscience (Linehan, 1993). Les auteurs concluaient sur la nécessité de recherches supplémentaires pour comprendre les mécanismes liés au facteur 1 et proposer dans un avenir proche des réponses psychothérapeutiques adaptées (Donahue et al., 2014).

Une étude originale associant les données de psychanalyse à celles des neurosciences s'est intéressée aux liens entre la personnalité narcissique et la personnalité psychopathique (Ronningstam & Baskin-Sommers, 2013). Les narcissiques, caractérisés par la crainte de la honte, du rejet et de l'humiliation, sont en recherche constante de l'admiration d'autrui. L'origine, sur le plan psychodynamique, serait un traumatisme psychologique précoce en lien avec la perte d'objet idéalisé. Les psychopathes possèdent une faible internalisation des valeurs sociales avec un Surmoi défaillant (absence de limites, intolérance à la frustration) et des pulsions peu accessibles au langage symbolique. La peur (de la critique, de l'infériorité, de la perte d'influence…) serait peu reconnue par les sujets au narcissisme élevé, de façon corrélée au degré d'alexithymie (capacité à reconnaître et à exprimer ses émotions). De manière similaire, les personnalités psychopathiques, en comparaison aux sujets sains, présentent un faible conditionnement à la peur avec une baisse de l'activité amygdalienne lors du conditionnement aversif, et une augmentation de cette activité au visionnage de scènes à valence émotionnelle forte (Muller, 2003). Devant ces réponses neurobiologiques inverses, des auteurs se sont interrogés sur l'importance du focus attentionnel chez les personnes avec une psychopathie. Il semblerait qu'un déficit d'attention sur les stimuli centraux de la peur entraîne une hypoactivité amygdalienne et une hyperactivité du cortex préfrontal latéral. La résultante serait l'absence de signaux internes de reconnaissance de la peur et une incapacité à focaliser l'attention sur le focus émotionnel. Ce pattern neurobiologique particulier semble corrigé par les tâches d'attention contrainte sur le stimulus de peur (Newman, 2011). Si l'on rapproche ces données du trouble narcissique, deux hypothèses s'envisagent pour ce dernier. La première renvoie à l'attention focalisée sur soi (compétition, ambition…) favorisant l'ignorance du sentiment de peur, la deuxième à une sensibilité exagérée à la peur entraînant un évitement actif de celle-ci. Cette méconnaissance du sentiment de peur entraînerait des comportements inadaptés tels que la prise de risques exagérés, l'arrogance ou l'impulsivité. Cette recherche de bénéfices à court terme satisfaisant les besoins de maîtrise et de renforcement de l'estime de soi du narcissique comme du psychopathe serait donc en lien avec une dysrégulation des circuits émotionnels de la peur. Damasio et ses collègues ont montré la prépondérance du cortex orbitofrontal (COF) dans la prise de décision : s'il est endommagé ou dysfonctionnel, l'émotion ne peut plus servir de base au processus de décision (Bechara et coll., 2000). Une étude a plus récemment montré une diminution de l'activité du cortex préfrontal ventro-médial (siège du COF) chez les sujets narcissiques comme chez les sujets psychopathes, d'où une intégration émotionnelle défaillante qui entraînerait une faible capacité de prise de conscience et de réflexion sur soi (Krusemark, 2008).

Ce type d'étude offre un éclairage étiopathogénique intéressant en ce qui concerne les troubles de la personnalité en tant que facteur de vulnérabilité aux variations de l'humeur, que ce soit par le biais de la dysrégulation émotionnelle avec impulsivité et tendance à l'extraversion, ou par le biais des prises de risques inconsidérés avec absence de reconnaissance du danger.

Ces travaux permettent également d'envisager les axes thérapeutiques souhaitables à développer. Il s'agirait par exemple de traitements visant à intégrer le sentiment de vulnérabilité et la reconnaissance de la peur (signaux internes mais aussi externes avec le développement de capacités d'empathie), ou sur un plan plus comportemental de développer des stratégies alternatives à la prise de décisions.

3.2.4. *La personnalité borderline*

C'est peut-être historiquement le trouble de la personnalité qui a fait couler le plus d'encre, puisque largement étudié en psychanalyse sous le terme d'état limite, mais également en psychologie, en neurobiologie et en psychiatrie. Qualifiant les cas frontières entre névrose et psychose, le terme renvoie à une organisation particulière de la personnalité dont la diversité des champs sémantiques a persisté jusqu'à la désignation de l'entité autonome du DSM-III en 1980 : la personnalité « borderline ». Celle-ci implique une instabilité identitaire responsable de perturbations relationnelles évocatrices (mouvements opposés d'attraction et de rejet d'autrui rejouant le trouble d'attachement précoce) et une dysrégulation des affects et des comportements avec impulsivité (Guelfi et coll., 2011). En ce qui concerne plus particulièrement le domaine des affects, la labilité émotionnelle est la règle, critère diagnostique central pour Linehan. Les moments de colères intenses s'inscrivent dans un contexte de sentiment de mise à distance, réelle ou fantasmée, de la part de l'entourage proche. Ces angoisses d'abandon seraient liées à un vécu traumatique précoce avec attachement insécure construit durant l'enfance en relation à une figure parentale défaillante. Les accès colériques sont la plupart du temps suivis de sentiments de honte et de culpabilité, menant à l'auto-dévalorisation et fréquemment au passage à l'acte auto-agressif. La réactivité marquée de l'humeur sur un versant négatif intense (tristesse, irritabilité, anxiété) est influencée par de minimes modifications environnementales, témoignant de l'extrême sensibilité de ces individus aux facteurs de stress. Enfin, on retrouve souvent de faibles capacités d'empathie (sentiment d'agir de façon mécanique avec autrui, sans se sentir authentiquement concerné) avec un vide interne envahissant, une lassitude et un ennui sans signification apparente. Le modèle à cinq facteurs retrouve la coexistence de hauts niveaux de névrosisme (anxiété, dépressivité, faible estime de soi) et de faibles niveaux d'agréabilité et de caractère consciencieux.

Les relations entre troubles thymiques et trouble limite de la personnalité suscitent des controverses. Akiskal en 1981 pose la question de la pertinence du concept qu'il intégrerait plutôt aux troubles de l'humeur via la labilité affective marquée (Akiskal, 1981). Pour lui, les manifestations attribuées au trouble de la personnalité seraient en fait secondaires à un trouble thymique (un épisode dépressif majeur notamment) qui remanierait les traits de personnalité. Cette hypothèse repose sur sa théorie des tempéraments (hyperthymique, cyclothymique, dysthymique, irritable) constituant pour lui des variations subcliniques du spectre des troubles de l'humeur. Gunderson évoque la possibilité d'une association étiologique commune aspécifique entre trouble limite et dépression majeure, la dysrégulation affective en constituant le facteur de vulnérabilité principal (Gunderson et coll., 1999). La cooccurrence de ce trouble de la personnalité avec un trouble anxio-dépressif semble être la règle. Ainsi, après six ans de suivi, 75 % des patients borderline présentent les critères d'un trouble de l'humeur, et 60 % ceux d'un trouble anxieux (Zanarini et coll., 2004). La personnalité influence également négativement le temps avant rémission d'un épisode dépressif caractérisé. Enfin, la fréquence du suicide en population borderline rejoint celle des patients présentant un trouble de l'humeur et atteint près de 10 %, conditionnée par l'impulsivité et l'instabilité émotionnelle principalement.

Les apports de la neurobiologie sont mitigés sur le sujet avec notamment des études contradictoires sur les hypofonctionnements monoaminergiques (sérotonine et dopamine principalement) ou l'hyperactivité corticosurrénalienne, expliquant pour certains l'impulsivité et les affects négatifs des patients borderline. Une étude norvégienne retrouvait des taux de concordance entre jumeaux borderline de 38 % chez les monozygotes, et de 11 % chez les dizygotes. Deux tiers de la variance des symptômes serait attribuable aux effets génétiques additifs, un tiers aux effets de l'environnement non partagé (Torgersen, 2000).

Les hypothèses étiologiques impliquées dans la survenue des troubles psychopathologiques sont multiples et l'association personnalité-psychopathologie est complexe et reste à éclaircir. Pour autant, quelle que soit l'approche utilisée, les traits de personnalité représentent une vulnérabilité potentielle à la survenue de troubles psychopathologiques.

On comprend donc bien l'intérêt de repérer précocement un trouble de la personnalité en ce qu'il peut représenter un facteur important de décompensation psychiatrique notamment. Les psychotropes sont peu efficaces et même souvent délétères dans le traitement des personnalités pathologiques (NICE, 2009). L'intérêt des approches psychothérapeutiques est quant à lui bien démontré, particulièrement par le biais des traitements émotionnels comme nous l'envisageons ci-après.

4. PSYCHOTHÉRAPIE ET TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ : CIBLER L'HUMEUR

Utiliser l'abord émotionnel et thymique parait essentiel en tant que prévention (primaire ou secondaire le plus souvent) de décompensations anxio-dépressives chez les personnalités à fort neuroticisme, c'est-à-dire principalement celles du cluster B et C du domaine catégoriel. De nouvelles approches psychothérapeutiques des troubles de la personnalité se basent sur l'activation émotionnelle en tant que mécanisme de changement. L'activation émotionnelle selon Greenberg est un travail sur les « structures d'action cognitive, affective, motivationnelle, relationnelle représentant le soi-en-interaction-avec-le-monde » (Greenberg et coll., 1993). Ces approches peuvent utiliser l'hypnose, la psychodynamie ou l'abord cognitivo-comportemental, et visent toutes l'activation émotionnelle chez les patients dont le but est l'intégration plus adaptative des structures cognitive, affective, motivationnelle, relationnelle.

Nous résumons ci-après les principales techniques actuellement utilisées (Zorn et coll., 2007).

4.1. Traitements cognitivo-comportementaux des troubles de la personnalité

4.1.1. *Thérapie dialectique comportementale (DBT de Linehan) (Linehan, 1993)*

C'est au départ une approche spécifique des troubles borderline ciblant la dysrégulation émotionnelle qui entre en résonance avec des expériences d'apprentissage difficiles et souvent traumatisantes. Elle a depuis été adaptée au traitement de la dysrégulation thymique de façon transnosographique. Les interventions se basent sur la prise de distance par rapport aux émotions sources des états de « crise » et sur l'acquisition de compétences de gestion émotionnelle. L'apprentissage vise par exemple à porter son attention sur l'instant présent, à acquérir une position non-jugeante, ou encore à accepter sans les critiquer les mouvements psychiques qui se présentent à soi. La dialectique vise l'articulation de deux principes opposés en apparence : l'acceptation et le changement.

4.1.2. *Thérapie centrée sur les schémas (Young, 2003)*

Il s'agit de mettre en évidence les schémas cognitifs mal adaptatifs précoces inconscients, puis rediscuter ceux-ci pour parvenir ensuite à les modifier. Le postulat de base propose que les schémas mal adaptatifs soient maintenus par des distorsions cognitives et à l'origine d'un évitement émotionnel. C'est l'exemple d'une patiente avec un trouble narcissique de la personnalité décrit par Zorn et coll. : un travail expérientiel (c'est-à-dire la reviviscence thérapeutique des expériences infantiles marquantes et des émotions rattachées à celles-ci) sur la tristesse de l'humeur liée à l'absence du père, émotion évitée durant de longues années, a permis de progresser dans le processus de guérison de la dépressivité de la patiente (Zorn et coll., 2007).

4.2. La psychothérapie centrée sur le transfert dans le trouble de la personnalité borderline (Yeomans, 2002 et Kernberg, 1980)

Ce travail est basé sur l'expérience transférentielle entre patient et thérapeute. Le rôle de ce dernier est d'intégrer verbalement par le biais de ses interprétations, ce que le patient signifie durant la relation thérapeutique où sont rejoués les conflits internes et mécanismes de défense habituels. Le travail d'interprétation devrait permettre au patient de lier la cognition à l'humeur, de mieux comprendre les liens entre soi et l'objet, ainsi que de devenir conscient des origines infantiles du clivage qu'il effectue entre les bons et les mauvais éléments.

4.3. Le traitement interpersonnel (Benjamin, 1974)

Ce travail thérapeutique se centre sur les interactions des patients avec leurs proches, et sur l'effet de ces interactions sur l'image de soi. Les dimensions de base travaillées sont l'émancipation versus le contrôle ; et l'investissement amoureux versus l'attaque hostile. Sont considérées les actions de la personne dirigées vers autrui, les réactions de la personne aux actions des autres, et enfin le rapport de la personne à elle-même.

5. CONCLUSION

La personnalité, c'est-à-dire les dispositions de base de chacun, influence la régulation de l'humeur, mais l'inverse semble également vrai, et ce dès la petite enfance, ce qui fait toute la complexité de l'étude des liens indissociable entre humeur et personnalité. Ce qui est vrai en population générale semble l'être plus encore en population clinique, que ce soit en termes de troubles anxio-dépressifs capables de modifier les traits de personnalité habituels, ou en termes de troubles de la personnalité abordés comme de véritables facteurs de risque de

décompensation thymique. Les psychothérapies, ciblant le fonctionnement de la personnalité en lien avec l'humeur et les ressentis, sont un apport indispensable pour le pronostic des patients à moyen et long terme. Elles tendent à montrer que la personnalité est adaptative et peut être assouplie et modifiée dans le temps par un travail sur soi et jouent ainsi un rôle préventif sur le risque de pathologie (dépression, trouble anxieux, addictions, suicide…).

L'association personnalité-psychopathologie est complexe et reste à éclaircir par de futures recherches : la psychopathologie est-elle résultante de la personnalité (modèle de vulnérabilité) ? La personnalité intervient-elle dans l'évolution et dans l'expression de la psychopathologie (modèle de pathoplastie) ? La psychopathologie influence-t-elle les traits de personnalité, et ce de façon temporaire (modèle de complication) ? Ou de façon durable (modèle de cicatrice) ? Personnalité et psychopathologie ont-elles la même base étiologique (modèle de la cause commune) ? Ou font-elles partie d'un continuum commun sous-jacent (modèle du spectre) ? Il est probable que les éléments de réponse seront apportés par le développement de recherches plus dimensionnelles et transversales mêlant psychologie, psychiatrie et neuro-imagerie, mais également la génétique ou les sciences sociales, tant l'étude du caractère humain et de ses états d'âme nous apparaît riche et complexe.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Akiskal, H.S. (1981). Subaffective Disorders: Dysthymic, Cyclothymic, and Bipolar II Disorders in the "Borderline" Realm. *Psychiatric Clinics of North America*, 4, 25-46.

Allport, G.W., Odbert, H.S. (1936). Trait Names: a Psycho-Lexical Study. *Psychological Monographs,* 47 (1, n° 211).

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Bandura, A. (1980). *L'apprentissage social*. Bruxelles : Mardaga.

Barrett, F.S., Grimm, K.J., Robins, R.W., Wildschut, T., Sedikides, C. & Janata, P. (2010). Music-Evoked Nostalgia: Affect, Memory, and Personality. *Emotion*, 10(3), 390-403.

Barrett, F.S., Robins, R.W., Janata, P. (2013). A Brief Form of the Affective Neuroscience Personality Scales. *Psychological Assessment*, 25(3), 826-843.

Bechara, A., Damasio, H., & Damasio, A. R. (2000). Emotion, Decision-Making, and the Orbitofrontal Cortex. *Cerebral Cortex*, 10, 295-307.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford Press.

Benjamin, L.S. (1974). Structural Analysis of Social Behaviour. *Psychological Review*, 81, 392-425.

Bergeret, J. (1974/2013). *La personnalité normale et pathologique*. Paris: Dunod.

Blonigen, D.M., Hicks, B.M., Krueger, R.F. et al. (2005). Psychopathic Personality traits: Heritability and Genetic Overlap with Internalizing and Externalizing Psychopathology. *Psychological Medicine*, 35, 637-48.

Bouchard, T., Lykken, D., McGue, M., Segal N., Tellegen., A. (1990). Sources of Human Psychological Differences: The Minnesota Study of Twins Reared Apart. *Science*, 250, 223-238.

Brumbaugh, C. C., Kothuri R., Marci, C., Siefert, C., Pfaff, D.D. (2013). Physiological Correlates of the Big 5: Autonomic Responses to Video Presentations. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 38(4), 293-301.

Childs, E., White, T.L., de Wit, H. (2014). Personality Traits Modulate Emotional and Physiological Responses to Stress. *Behavioural Pharmacology*, 25, 493-502.

Cleckley, H. (1941). *The Mask of Sanity*. St. Louis, MO: Mosby Medical Library.

Cloninger, C. R., Bayon, C., Svrakic, D.M. (1998). Measures of Temperament and Character in Mood Disorders: a Model of Fundamental States as Personality Types. *Journal of Affective Disorders*, 51, 21-32.

Costa, P.T., McCrae, R.R. (1985). *The NEO Personality Inventory Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Costa, P.T., McCrae, R.R. (1992). *Revised NEOPersonality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five Factor Inventory (NEO FFI) Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Darragh, M., Booth, R.J., Consedine, N.S. (2014). Investigating the 'Placebo Personality' Outside the Pain Paradigm. *Journal of Psychosomatic Research*. 76(5):414-421.

Darwin, C. (1872/1967). The *Expression of the Emotions in Man and Animals*. Oxford: Oxford University Press.

Davis, K.L, Panksepp, J. (2011). The Brain's Emotional Foundations of Human Personality and the Affective Neuroscience Personality Scales. *Neuroscience Biobehavioural Review,* 35: 1946-58.

Donahue, J.J., McClure, K.S., Moon, S.M. (2014). The Relationship Between Emotion Regulation Difficulties and Psychopathic Personality Characteristics. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(2), 186-94.

Dunbar, H.F. (1947). *Body and Mind: Psychosomatic Medicine*. New York: Random House.

Eagly, A.H., Wood, W. (1999). The Origins of Sex Differences in Human Behavior. Evolved Dispositions Versus Social Roles. *American Psychologist*. 54(6), 408-423.

Eder, R.A., & Mangelsdorf, S.C. (1997). The Emotional Basis of Early Personality Development: Implications for the Emergent Self-Concept. In R. Hogan, J. Johnson, & S. Briggs (Eds.), *Handbook of Personality Psychology* (209-240). San Diego, CA: Academic.

Eisenberg, N., Fabes, R.A., Guthrie, I.K., Reiser, M. (2000). Dispositional Emotionality and Regulation: Their Role in Predicting Quality of Social Functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 136-57.

Eysenck, H.J., & Himmelweit, H.T. (1947). *Dimensions of personality*; *a record of research carried out in collaboration with HT*. Himmelweit [and others]. London: Routledge & Kegan Paul.

Eysenck, H.J. (1953). *The Structure of Human Personality*. London: Methuen.

Eysenck, H.J., Eysenck, SBG. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*. London: Hodder and Stoughton.

Eysenck, H.J. (1990). Biological Dimensions of Personality. In L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of Personality: Theory and Research* (244-276). New York: Guilford.

Eysenck, H.J., (1991). Dimensions of Personality: 16, 5, or 3 ? Criteria for a Taxonomic Paradigm. *Personality and Individual Differences*, 12, 773-790.

Friedman, M. & Rosenman, R.H. (1959). Association of Specific Overt Behavior Pattern with Blood and Cardiovascular Findings. *Journal of the American Medical Association*, 169, 1286-1296.

Goldberg, L.R., Digman, J.M., (1994). Revealing Structure in the Data: Principles of Exploratory Factor Analysis. In: Strack, S., Lorr, M. (Eds.), *Differentiating normal and abnormal personality*. Springer, New York, NY, pp. 216-242.

Gratz, K.L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.

Gray, J.A. (1981). A Critique of Eysenck's Theory of Personality, In H. J. Eysenck (Ed.) *A Model for Personality* (pp. 246–276). Berlin: Springer Verlag.

Greenberg, L.S., Rice L., Elliot R. (1993). *Facilitating Emotional Change: The Moment to Moment Process*. New-York: Guilford.

Guelfi, J.D., Cailhol, L., Robin, M., Lamas, C. (2011). États limites et personnalité borderline. *EMC – Psychiatrie*, 1-14.

Gunderson, J., Triebwasser, J., Phillips, K., Sullivan, C. (1999). Personality and Vulnerability to Affective Disorders. In: Cloninger CR., editor. *Personality and Psychopathology*, 3-32. Washington DC: American Psychiatric Press.

Hansenne, M. (2003/2013). *Psychologie de la personnalité*. Paris: De Boeck.

Hare, R.D. (1991). *The Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto, Canada, Multi-Health Systems.

Izard, C.E. (1977). *Human Emotions*. New York: Plenum.

Izard, C.E. (1993). Four Systems for Emotion Activation: Cognitive and Noncognitive Processes. *Psychological Review*, 100, 68-90.

Jaspers, K. (1913). *Allgemeine Psychopathologie für Studierende, Arzte und Psychologen*. Berlin: J. Springer.

Kernberg, O.F. (1980). *Internal World and External Reality*. New-York. Basic Books.

Krusemark, E.A., Campbell, W.K., Clementz, B. A. (2008). Attributions, Deception, and the Self-serving Bias : An Investigation Using Dense Array EEG. *Psychophysiology*. 45, 511-515.

Lenzenweger, M.F. (2008). Epidemiology of Personality Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 31, 395-403.

Lilienfeld, S.O., & Widows, M.R. (2005). *Psychopathic Personality Inventory-Revised professional manual*. Lutz, FL, Psychological Assessment Ressources.

Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New-York: Guilford Press.

Littré, E. (1839). *Œuvres complètes d'Hippocrate*. « De la nature de l'Homme » (vol. 6).

McDougal, W., (1908/1963). *An Introduction to Social Psychology*. London: Morrison & Gibb, Edinburgh, Great Britain.

Muller, J.L., Sommer, M., Wagner, V. (2003). Abnormalities in Emotion Processing within Cortical and Subcortical Regions in Criminal Psychopaths : Evidence from a Functional Magnetic Resonance Imaging Study Using Pictures with Emotional Content. *Biological Psychiatry*. 54, 152-162.

Newman, J.P., Baskin-Sommers A.R. (2011). Early Selective Attention Abnormalities in Psychopathy : Implications for Self-regulation. In : Poser, M. ed. *Cognitive Neuroscience of Attention*. New-York, NY : Guildford Press. 421-440.

NICE. (2009). *Clinical Guideline 78 Borderline Personality Disorder: Treatment and Management*. (www.nice.org.uk/CG78fullguideline)

Nomoto, H., Baba, H., Satomura, E., Maeshima, H., Takebayashi, N., Namekawa, Y., Suzuki, T., Arai H. (2015). Serum Brain-Derived Neurotrophic Factor Levels and Personality Traits in Patients with Major Depression. *BMC Psychiatry*. 4, 15-33.

Pahlavan, F., Mouchiroud, C., Zenasni, F., & Panksepp, J. (2008). French Validation of the Affective Neuroscience Personality Scales (ANPS). *European Review of Applied Psychology*, 53(3), 155-63.

Panksepp, J. (2005). Affective Consciousness: Core Emotional Feelings in Animals and Humans. *Consciouness and Cognition*, 14, 30-80.

Panksepp, J. (2007). Neurologizing the Psychology of Affects. How Appraisal-Based Constructivism and Basic Emotion Theory Can Coexist. *Perspectives on Psychological Science*, 2(3), 281-96.

Patrick, C.J., Curtin, J.J., Tellegen, A. (2002). Development and Validation of a Brief Form of the Multidimensional Personality Questionnaire. *Psychological Assessment*. 14, 150-163.

Ronningstam, E., Baskin-Sommers, A.R. (2013). Fear and Decision-making in Narcissistic Personality Disorder – A Link between Psychoanalysis and Neuroscience. *Dialogues in Clinical Neurosciences*. 15, 191-201.

Saucier, G., Goldberg, L.R. (2006). Personnalité, caractère et tempérament : la structure translinguistique des traits. *Psychologie française*, 51, 265-284.

Sillamy, N. (1965). *Dictionnaire de la psychologie*. Paris: Larousse.

Skinner, B.F. (1978). *Reflections on Behaviorism and Society*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall

Tellegen, A. (1985). Structures of Mood and Personality and their Relevance to Assessing Anxiety with an Emphasis on Self-Report. In: A. H. Tuma, & J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the Anxiety Disorders* (pp. 681-706). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Torgersen, S. (2000). Genetics of Patients with Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 1-9.

Watson, D., & Clark, L. A. (1992). On Traits and Temperament: General and Specific Factors of Emotional Experience and their Relation to the Five-Factor Model. *Journal of Personality*, 60, 441-476.

Watson, D., Naragon-Gainey, K. (2014). Personality, Emotions, and the Emotional Disorders. *Clinical Psychological Science*, 2(4), 422-42.

WHO. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. - 10th revision, Fifth edition, 2016.

Yeomans, F.E., Clarkin, J.F., Kernberg, O.F. (2002). *A Primer of Transference-focused Psychotherapy for the Borderline Patient*. Northvale N.J., Jason Aronson Inc.

Young, J.E., Klosko, J.S., Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy, A Practitioner's Guide*. New-York: Guilford Press.

Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J., Reich, D.B., Silk, K.R. (2004). Axis I Comorbidity of Borderline Personality Disorder: Description of a Six-Year Course and Prediction to Time-to-remission. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2108-2114.

Zorn, P., Roder, V., Kramer, U., Pomini, V. (2007). Emotion Activation in Personality Disorders. *Santé Mentale au Quebec*, 32(1), 181-194.

LECTURES RECOMMANDÉES

Saucier, G., Goldberg, L.R. (2006). Personnalité, caractère et tempérament : la structure translinguistique des traits. *Psychologie française*, 51, 265-284.

Hansenne, M. (2003/2013). *Psychologie de la personnalité*. Paris: De Boeck.

Coutanceau, R. & Smith, J. (2013). *Troubles de la personnalité*. Paris: Dunod

Zorn, P., Roder, V., Kramer, U., Pomini, V. (2007). Emotion Activation in Personality Disorders. *Santé Mentale au Québec*, *32(1)*, 181-194.

Guelfi, J.D., Cailhol, L., Robin, M., Lamas, C. (2011). États limites et personnalité borderline. *EMC – Psychiatrie*, 1-14.

TABLE DES MATIÈRES

Les auteurs 5
Sommaire 7
Remerciements 9
Introduction
Éric Laurent et Pierre Vandel 11

Partie 1 :
Personnalité, motivation, nosographie et modes de vie

Effets de la personnalité sur l'humeur
Malick Briki 17
1. Historique et généralités sur le concept de personnalité 17
2. Personnalité normale et thymie 18
   2.1 *De la pensée antique à la psychologie moderne* 18
   2.2 *Bases neurobiologiques des liens entre personnalité et émotions* 20
3. Interactions avec la psychopathologie 21
   3.1 *Traits de personnalité et thymie : aspect dimensionnel* 22
   3.2 *Troubles de la personnalité et thymie : aspect catégoriel* 23
      3.2.1. Généralités 23
      3.2.2. Régulation émotionnelle et personnalité 24
      3.2.3. Psychopathie et troubles du narcissisme 24
      3.2.4. La personnalité borderline 26
4. Psychothérapie et troubles de la personnalité : cibler l'humeur 27
   4.1 *Traitements cognitivo-comportementaux des troubles de la personnalité* 27
      4.1.1. Thérapie dialectique comportementale (DBT de Linehan) 27
      4.1.2. Thérapie centrée sur les schémas 27
   4.2 *La psychothérapie centrée sur le transfert dans le trouble de la personnalité borderline* 27
   4.3 *Le traitement interpersonnel* 27
5. Conclusion 27
Références bibliographiques 28
Lectures recommandées 30

Relations entre humeur et sommeil
Olivier Andlauer 31
1. Introduction 31
2. Le sommeil 31
   2.1 *Définition* 32
   2.2 *Physiologie du sommeil* 32
      2.2.1. Les stades de sommeil 32
      2.2.2. Le sommeil est un rythme biologique 32

2.3 *Les mesures du sommeil* ... 33
2.3.1. L'agenda de sommeil et les questionnaires de sommeil ... 33
2.3.2. La polysomnographie nocturne et le test de latences multiples d'endormissement ... 33
2.3.3. L'actimétrie ... 34
2.4 *Le sommeil normal* ... 34
3. Liens entre sommeil et humeur ... 35
3.1 *Relations entre sommeil et humeur en population générale* ... 35
3.2 *Relations entre sommeil et humeur en population clinique* ... 36
3.2.1. Impact des troubles du sommeil sur l'humeur ... 36
3.2.2. Impact des troubles de l'humeur sur le sommeil ... 37
3.3 *Vers un modèle intégratif ?* ... 40
4. Traitements des dysrégulations du sommeil et de l'humeur ... 40
4.1 *Traitement des troubles du sommeil et impact sur l'humeur* ... 41
4.2 *Traitements des troubles de l'humeur qui utilisent le sommeil* ... 41
5. Conclusion ... 42
Références bibliographiques ... 42
Lectures recommandées ... 45

Fondements biologiques des effets de la pratique sportive sur l'humeur

Donatella Di Corrado, Tiziano Agostini, Éric Laurent, Edith Filaire ... 47
1. Introduction ... 47
2. Activité physique et humeur ... 47
3. Activité physique et marqueurs biologiques de l'humeur ... 51
3.1 *Cortisol salivaire* ... 51
3.2 *Testostérone* ... 52
4. Conclusion ... 54
Références bibliographiques ... 55
Lectures recommandées ... 58

L'influence de l'humeur sur la motivation

Jessica Franzen, Kerstin Brinkmann, Guido H. E. Gendolla ... 59
1. Introduction ... 59
2. Cadre théorique ... 60
2.1 *La théorie de l'intensité de la motivation* ... 60
2.2 *La mobilisation de l'effort et la réactivité cardiovasculaire* ... 61
2.3 *Le mood-behavior model* ... 61
2.3.1. L'influence informationnelle de l'humeur ... 62
2.3.2. L'influence directionnelle de l'humeur ... 62
3. Évidence empirique : rôle de la difficulté de la tâche ... 62
3.1 *Influence de l'humeur manipulée sur la mobilisation de l'effort* ... 62
3.2 *Les études expérimentales* ... 63
3.3 *Influence de l'humeur dispositionnelle sur la mobilisation de l'effort* ... 64
3.3.1. Paradigme quasi-expérimental ... 64
3.3.2. Les études quasi-expérimentales ... 64
4. Évidence empirique : rôle de l'importance du succès ... 66
4.1 *Influence conjointe de l'humeur manipulée et de l'importance du succès sur la mobilisation de l'effort* ... 66
4.2 *Influence des récompenses et des punitions sur la mobilisation de l'effort dans l'humeur dispositionnelle* ... 68
5. Conclusion ... 69
Références bibliographiques ... 70
Lectures recommandées ... 72

Burnout et dépression, entre normal et pathologique ? Histoire d'une différenciation hasardeuse

Renzo Bianchi, Irvin Sam Schonfeld, Éric Laurent ... 75
1. Introduction ... 76
2. Qu'est-ce que la dépression ? ... 76
3. Qu'est-ce que le burnout ? ... 78
4. Examen logique de la distinction burnout-dépression ... 80
4.1 *L'argument de la spécificité étiologique* ... 81

4.2 *L'argument du confinement des symptômes* ... 81
4.3 *L'argument de la focale sociale* ... 82
4.4 *Conclusion de l'examen logique* ... 82
5. Examen empirique de la distinction burnout-dépression ... 82
6. Burnout : désordonné à l'origine ? ... 85
7. Conclusion ... 86
Références bibliographiques ... 86
Lectures recommandées ... 93

Pluralité des troubles thymiques et de la dépression en psychiatrie

Julie Giustiniani ... 95
1. Sémiologie du syndrome dépressif ... 95
1.1 *Perturbation de l'affectivité* ... 96
1.2 *Asthénie dépressive* ... 96
1.3 *Ralentissement psychomoteur ou agitation* ... 96
1.4 *Symptômes cognitifs* ... 97
1.5 *Altérations des fonctions instinctuelles* ... 97
1.5.1. Modification de l'appétit ou du poids ... 97
1.5.2. Perturbation du sommeil et des rythmes circadiens ... 97
1.5.3. Baisse de la libido ... 97
1.6 *Idéations suicidaires* ... 97
1.7 *Anxiété* ... 97
2. Les différentes expressions cliniques des troubles dépressifs ... 97
2.1 *Les troubles dépressifs dans leurs différentes formes* ... 98
2.1.1. Épisode dépressif caractérisé ... 98
2.1.2. Cas particulier : le deuil du normal au pathologique ... 98
2.1.3. Trouble dépressif persistant ou dysthymie ... 98
2.1.4. Trouble dysphorique prémenstruel ... 99
2.1.5. Trouble dépressif induit ... 99
2.2 *Spécification des troubles dépressifs* ... 99
2.2.1. Symptômes associés au trouble dépressif ... 100
2.2.2. Spécification de la symptomatologie dépressive en cours ... 101
2.2.3. En fonction du mode de survenue du trouble dépressif ... 102
2.2.4. Évolution des troubles dépressifs ... 102
3. Les différentes entités nosographiques ... 103
3.1 *Les troubles dépressifs récurrents ou troubles unipolaires* ... 104
3.2 *Les troubles bipolaires* ... 104
3.3 *Distinction des troubles uni- et bipolaires* ... 105
4. Conclusion ... 106
Références bibliographiques ... 106

Les variations de l'expression thymique chez l'enfant et l'adolescent

Lauriane Vulliez-Coady, Sylvie Nezelof ... 111
1. Introduction ... 111
2. Abords conceptuels multiples ... 111
3. Variations de l'expression sémiologique de l'humeur ... 112
4. Diagnostic ... 113
4.1 *Épisode dépressif* ... 113
4.2 *Trouble bipolaire* ... 114
4.3 *Diagnostics différentiels* ... 114
4.4 *Comorbidités* ... 114
5. Abord psychopathologique ... 115
6. Facteurs environnementaux et individuels ... 115
6.1 *Les situations liées à la perte* ... 115
6.1.1. Les situations de perte réelle ... 115
6.1.2. Les situations de perte interactive ... 115
6.2 *L'impact de la qualité des liens d'attachement* ... 115
6.3 *Vulnérabilités individuelles* ... 116
6.3.1. Neuroendocriens ... 116
6.3.2. Génétiques ... 116

7. Évolution et devenir à l'âge adulte 117
8. Conclusion 117
Références bibliographiques 117
Lectures recommandées 119

Trauma et dépression

Marc-Antoine Crocq, Louis Crocq 121
1. Introduction 121
2. Les statistiques de comorbidité 121
3. Profil clinique de la comorbidité TSPT-dépression 122
4. Traitement de la comorbidité TSPD-dépression 124
5. Conclusion 124
Références bibliographiques 124

Relations entre troubles addictifs et troubles de l'humeur

Émilie Lévêque, Pierre Vandel 127
1. Introduction 127
2. Constat épidémiologique 128
   2.1 *Généralités* 128
   2.2 *Troubles de l'humeur et troubles liés à l'usage d'une substance en population générale* 129
   2.3 *Troubles liés à l'usage d'une substance chez les personnes présentant un trouble de l'humeur* 130
   2.4 *Troubles de l'humeur chez les patients présentant des troubles liés à l'usage d'une substance* 131
   2.5 *Conclusion* 132
3. Neurobiologie des addictions avec substance 132
   3.1 *Introduction* 132
   3.2 *Mécanismes neurobiologiques de l'addiction* 132
   3.3 *La récompense* 133
   3.4 *La motivation et son déterminant* 133
   3.5 *Apprentissage et mémoire* 134
   3.6 *Contrôle cognitif* 134
   3.7 *Émotions, humeur et système de la récompense : quelles interférences neurobiologiques ?* 134
4. Quels liens de comorbidité ? 135
   4.1 *Quelles définitions pour la comorbidité ?* 135
   4.2 *Les hypothèses actuellement reconnues sur l'association entre les troubles de l'humeur et les troubles addictifs* 136
      4.2.1. Trouble de l'humeur primaire, addiction secondaire 136
      4.2.2. L'addiction induit le trouble de l'humeur 137
      4.2.3. Facteurs génétiques communs de vulnérabilité 138
   4.3 *Psychopathologie duelle, un nouveau paradigme ?* 138
      4.3.1. Développement du concept de psychopathologie duelle 138
      4.3.2. Aspects étiopathologiques de la pathologie duelle 139
5. Conclusion 140
Références 141
Lectures recommandées 143

L'influence de la dépression sur les conduites suicidaires

Lucile Villain, Déborah Ducasse, Emmanuelle Aubert, Émilie Olié, Sébastien Guillaume, Philippe Courtet 145
1. Épidémiologie 145
2. Quelques définitions des phénomènes suicidaires 146
3. Les facteurs de risque 146
   3.1 *Les facteurs de risque liés à la dépression* 146
      3.1.1. Dépressions unipolaires et bipolaires 146
      3.1.2. L'anhédonie 147
      3.1.3. Le sommeil 147
   3.2 *Les comorbidités* 147
      3.2.1. Comorbidités psychiatriques 148
      3.2.2. Comorbidités non psychiatriques 148

3.3 *Les facteurs de vulnérabilité individuelle et de stress* ... 148
3.3.1. Antécédents personnels et familiaux ... 148
3.3.2. Impulsivité ... 149
3.3.3. Désespoir ... 149
3.3.4. Douleur psychologique ... 149
3.3.5. Abus dans l'enfance ... 149
3.3.6. Automutilations ... 150
3.3.7. Facteurs de stress psychosociaux ... 150
4. Facteurs de protection ... 150
4.1 *La résilience* ... 150
4.2 *Les relations interpersonnelles* ... 150
4.3 *La religion* ... 150
5. Physiopathologie du suicide ... 150
5.1 *Concept de vulnérabilité suicidaire* ... 150
5.2 *Biologie du suicide* ... 151
5.2.1. Système sérotoninergique ... 151
5.2.2. L'axe du stress : hypothalamo-hypophyso-surrénalien ... 151
5.2.3. L'inflammation ... 151
5.3 *Aspects cognitifs* ... 152
5.4 *Imagerie* ... 152
5.5 *Modélisation : du modèle stress-vulnérabilité à la sensibilité à l'exclusion sociale* ... 153
6. Prise en charge ... 154
6.1 *Stratégies de prévention* ... 154
6.2 *Identification des sujets à risque* ... 154
6.3 *Hospitalisation* ... 155
6.4 *Optimisation du suivi* ... 155
6.5 *Antidépresseurs* ... 155
6.6 *Lithium* ... 156
7. Les perspectives ... 156
7.1 *La thérapie ACT* ... 156
7.2 *Psychoéducation* ... 156
7.3 *Kétamine* ... 157
7.4 *Interventions psychosociales* ... 157
Références bibliographiques ... 158
Lectures recommandées ... 164

Partie 2 :
Cerveau, cognition, comportement et thérapies

Temporalités, émotion, humeur et troubles de l'humeur

Sylvie Droit-Volet ... 167
1. La perception du temps ... 167
1.1 *L'étude en psychologie de la perception du temps* ... 167
1.1.1. Définition et méthode d'investigation ... 167
1.1.2. Les modèles d'horloge interne de la perception du temps ... 169
1.2 *Les effets des émotions sur la perception du temps* ... 170
1.2.1. Différence émotion-humeur ... 170
1.2.2. Les études sur les émotions basiques et la perception du temps ... 171
1.2.3. La régulation des émotions et leurs effets sur la perception du temps ... 174
1.2.4. La perception du temps et les émotions secondaires : le cas de la honte ... 175
1.3 *Les effets de l'humeur sur la perception du temps* ... 176
1.4 *Les troubles de l'humeur et leur effet sur la perception du temps* ... 177
2. L'expérience subjective du passage du temps ... 179
2.1 *L'humeur et le sentiment que le temps passe plus ou moins vite* ... 179
2.2 *Les troubles de l'humeur et leurs effets sur l'expérience vécue du passage du temps* ... 180
Références bibliographiques ... 182

Les mécanismes olfactifs dans la dépression
Gérard Brand, Benoist Schaal 189
1. Introduction 189
2. Les troubles olfactifs consécutifs à la dépression 190
   2.1 *Mesures olfactives* 190
   2.2 *Investigations au niveau périphérique* 190
   2.3 *Investigations au niveau central* 191
   2.4 *Investigations comportementales* 192
   2.5 *Études en neuroimagerie et en neurophysiologie* 193
   2.6 *Olfaction et troubles anxieux* 193
   2.7 *Olfaction chez des sujets sains avec humeur dépressive* 193
3. La dépression consécutive à des troubles olfactifs 193
   3.1 *Olfaction et qualité de vie* 193
   3.2 *Les troubles de l'odorat* 194
   3.3 *Troubles de l'odorat et qualité de vie* 195
   3.4 *Neurophysiopathologie : un modèle animal* 195
   3.5 *Chez la personne âgée* 196
4. Le rôle des odeurs dans l'amélioration de la dépression 196
   4.1 *Les effets de l'exposition aux odeurs* 196
   4.2 *Les principales explications fonctionnelles* 197
   4.3 *Des odeurs « relaxantes » ou « éveillantes »* 198
   4.4 *Au niveau neurochimique* 198
5. Conclusions et perspectives 199
Références bibliographiques 200
Lectures recommandées 205

Les processus moteurs indexant l'humeur et la dépression
Djamila Bennabi, Emmanuel Haffen 207
1. Introduction 207
2. Manifestations cliniques 208
3. Évaluations des perturbations du fonctionnement psychomoteur 209
   3.1 *Évaluation clinique* 209
   3.2 *Évaluations expérimentales* 209
      3.2.1. Analyse du discours 209
      3.2.2. Analyse de la motricité globale 210
      3.2.3. Analyse de la motricité fine 210
      3.2.4. Analyse du fonctionnement cognitif 211
4. Place des perturbations du fonctionnement psychomoteur dans la physiopathologie de la dépression 211
5. Neurobiologie 213
6. Thérapeutique 214
7. Conclusion 215
Références bibliographiques 217
Lectures recommandées 221

Processus oculomoteurs dans la dépression : aspects comportementaux et neuropsychologiques
Nicolas Noiret, Nicolas Carvalho, Pierre Vandel, Éric Laurent 223
1. Introduction 223
   1.1 *Émergence et intérêts de l'analyse des mouvements oculaires dans le domaine des troubles mentaux* 224
   1.2 *Les techniques d'enregistrement* 224
      1.2.1. La technique électro-oculographique 225
      1.2.2. La technique du reflet cornéen 225
      1.2.3. La technique vidéo-oculographique 225
      1.2.4. La technique galvanométrique 226
      1.2.5. Conclusion 226
2. Mouvements oculaires et dépression 226

2.1 *Les saccades oculaires dans la dépression* ... 226
2.1.1. Le paradigme de prosaccades ... 227
2.1.2. Le paradigme d'antisaccades ... 230
2.1.3. Le paradigme des saccades prédictives ... 231
2.1.4. Saccades guidées par la mémoire ... 231
2.2 *La poursuite visuelle dans la dépression* ... 233
2.3 *Conclusion* ... 234
3. Fixations oculaires et dépression ... 235
4. Conclusion et perspectives ... 237
Références bibliographiques ... 239
Lectures recommandées ... 242

Processus cérébraux impliqués dans la régulation de l'humeur

Camille Piguet, Gwladys Rey, Patrik Vuilleumier ... 243
1. Introduction ... 243
2. Imagerie des processus émotionnels ... 244
3. Bases cérébrales du traitement des émotions ... 245
4. Bases cérébrales de la régulation des émotions ... 246
4.1 *Régulation émotionnelle implicite ou automatique* ... 247
4.2 *Stratégies cognitives de régulation émotionnelle* ... 248
4.2.1. Suppression ... 248
4.2.2. Distraction ... 249
4.2.3. Réévaluation cognitive ... 249
4.3 *Méditation pleine conscience et apparentés* ... 250
4.4 *Conclusion sur les circuits de la régulation émotionnelle* ... 251
5. Modification de l'humeur et activité cérébrale chez le sujet sain ... 252
6. Dysfonctionnements des circuits de régulation émotionnelle ... 253
6.1 *Modèles généraux communs* ... 253
6.2 *Dépression unipolaire* ... 255
6.3 *Trouble bipolaire* ... 255
7. Conclusion ... 257
Références bibliographiques ... 258
Lectures recommandées ... 264

Aspects méthodologiques et pratiques de l'évaluation neuropsychologique des personnes dépressives

Gilles Chopard ... 265
1. Introduction ... 265
2. Perturbations cognitives dans la dépression ... 265
2.1 *Le ralentissement* ... 266
2.2 *L'attention* ... 266
2.3 *Les fonctions exécutives* ... 267
2.4 *La mémoire* ... 267
3. Problèmes méthodologiques de l'évaluation neuropsychologique ... 270
3.1 *Limite des études cas contrôles* ... 270
3.2 *Les normes statistiques* ... 271
3.3 *La variabilité intra-individuelle* ... 271
3.4 *Le biais de confirmation d'hypothèse* ... 272
3.5 *L'effet retest : source d'erreurs ou mesure fiable du statut cognitif ?* ... 272
3.6 *Batterie fixe ou batterie flexible ?* ... 272
4. Facteurs d'influence sur les performances cognitives dans la dépression ... 273
4.1 *Le sommeil* ... 273
4.2 *Les médicaments* ... 274
4.3 *L'alcool* ... 274
4.4 *L'âge de début* ... 275
5. Évaluation des performances mnésiques chez la personne dépressive : de la performance isolée au profil mnésique ... 275
6. Conclusion ... 278

Références bibliographiques 278
Lectures recommandées 284

Pluralité des approches thérapeutiques dans la dépression

Caroline Masse, Pierre Vandel 285
1. Grands principes de la prise en charge des épisodes dépressifs 285
   1.1 *Prise en charge initiale* 285
   1.2 *Prise en charge à moyen et long terme* 286
2. Les antidépresseurs (AD) 287
   2.1 *Historique* 287
   2.2 *Objectif du traitement AD* 287
   2.3 *Principe d'action et classification pharmacologique des AD* 287
      2.3.1. Les AD tricycliques 288
      2.3.2. Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) 288
      2.3.3. Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la NA (IRSN) 289
      2.3.4. Les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) 290
      2.3.5. Autres AD 290
   2.4 *Effets indésirables des AD* 290
   2.5 *Contre-indications aux AD* 292
   2.6 *Autres molécules* 292
      2.6.1. Le lithium 292
      2.6.2. Le millepertuis ou Hypericum perforatum 292
      2.6.3. Bupropion (Zyban®) 293
      2.6.4. Les acides gras polyinsaturés oméga 3 293
3. Traitements biologiques non médicamenteux 293
   3.1 *L'électroconvulsivothérapie (ECT)* 293
   3.2 *Autres techniques de stimulation cérébrale* 293
      3.2.1. La stimulation magnétique transcrânienne répétée (rTMS) 293
      3.2.2. La stimulation transcrânienne à courant continu (tDCS) 293
      3.2.3. La stimulation du nerf vague (SNV) 294
      3.2.4. La stimulation cérébrale profonde (SCP) 294
   3.3 *La photothérapie* 294
4. La psychoéducation 295
5. Les psychothérapies 295
   5.1 *Les psychothérapies individuelles* 296
      5.1.1. La psychanalyse freudienne : la cure-type 296
      5.1.2. Les psychothérapies d'inspiration analytique 297
      5.1.3. Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) 297
      5.1.4. L'hypnose 298
      5.1.5. Les psychothérapies à médiation corporelle 298
      5.1.6. Les psychothérapies de soutien 299
      5.1.7. Les psychothérapies brèves 299
   5.2 *Les psychothérapies de groupe* 299
      5.2.1. Le psychodrame 299
      5.2.2. Les thérapies familiales 299
6. Conclusion 299
Références bibliographiques 300
Lectures recommandées 303

Conclusion
Pour une approche interdisciplinaire et intégrée de l'humeur normale et pathologique

Éric Laurent, Pierre Vandel 305
1. Multiplicité des niveaux d'analyse et paradigme pour l'humeur 305
   1.1 *Intégration de la psychologie, des neurosciences et de la psychiatrie* 305
   1.2 *Causalités linéaire et circulaire* 307
2. Entre opportunités de projets fédérateurs et risques de parcellisation des savoirs : le rôle des politiques institutionnelles 310
Références 311

Que ce soit dans la vie professionnelle ou dans la vie privée, les concepts employés pour décrire les états affectifs sont multiples : humeur, émotion, *burnout*, dépression, bipolarité.

Les auteurs du présent ouvrage distinguent ces concepts et abordent les aspects théoriques et pratiques de l'humeur normale et de l'humeur pathologique. Ils présentent à la fois les déterminants de l'humeur (exercice physique, personnalité, sommeil, trauma…) et ses conséquences (addictions, motivation et effort, mouvements oculaires, perception du temps, sélection de l'information, risque suicidaire…). Ils font également le point sur les nombreuses méthodes qui permettent d'évaluer l'humeur et de prendre en charge ses pathologies : analyses des concentrations hormonales et de l'activité cardiaque, imagerie et stimulations cérébrales, pharmacologie, psychothérapie, tests neuropsychologiques ou olfactifs, vidéo-oculographie…

Le caractère interdisciplinaire de l'ouvrage est associé à une multiplicité de niveaux d'analyse (cérébral, comportemental, expérientiel, moléculaire) qui constituent autant de perspectives de compréhension et de transformation de ce processus complexe.

Les coordinateurs

Éric Laurent est Maître de Conférences en psychologie cognitive à l'université de Franche-Comté, Directeur-adjoint du Laboratoire de psychologie (EA 3188) de l'université Bourgogne Franche-Comté et Responsable de l'Action de recherche « Oculomotricité, Cognition et processus Thymiques (OCT) » à la Maison des Sciences de l'Homme et de l'Environnement « Claude-Nicolas Ledoux », CNRS & Université Bourgogne Franche-Comté.

Pierre Vandel est Professeur de psychiatrie à l'université de Franche-Comté, Chef de service de psychiatrie de l'adulte et Coordinateur du Centre Mémoire de Ressources et de Recherche de Franche-Comté au Centre hospitalier régional universitaire de Besançon. Il est chercheur au Laboratoire de Neurosciences (EA 481) de l'université Bourgogne Franche-Comté.

ISBN 978-2-35327-354-6

9 782353 273546

deboeck SUPÉRIEUR

www.deboecksuperieur.com