

Anxiété, dépression et partage social des émotions : stratégies de régulation émotionnelle spécifiques

Aurélie Pasquier ^(1,3), *Agnès Bonnet* ^(2,3), & *Jean-Louis Pardinielli* ^(2,3)

Introduction

Les états anxieux et dépressifs apparaissent chacun dans 12% de la population générale. Cependant, les études épidémiologiques montrent que concrètement les individus qui souffrent de ce type de symptômes n'entament généralement pas de démarche visant à consulter un thérapeute, quelle que soit sa profession (Agence du médicament, 1998). Deux tiers des individus dépressifs sont pris en charge uniquement par des médecins généralistes, et les trajectoires des individus anxieux semblent similaires (Rouillon et al., 1993). De plus, les études scientifiques montrent l'existence de relations positives entre les symptomatologies anxieuses et dépressives, et des difficultés dans l'identification et la description des émotions (Honkalampi et al., 2000). Ces difficultés correspondent à ce qui est plus communément appelé « l'alexithymie ». Ce terme proposé par Sifnéos (1973) signifie littéralement l'absence de mots pour décrire ses émotions. Ce concept a été plus largement défini comme des difficultés à identifier, distinguer et verbaliser ses états émotionnels, ainsi qu'une vie imaginaire réduite et un mode de pensée dit « opératoire », c'est-à-dire dépourvu de tout contenu affectif (Luminet, 2002).

Cependant, même si ces manifestations peuvent s'observer dans la pratique clinique auprès des patients, il semble qu'une autre raison peut être avancée concernant l'obstacle principal des individus souffrant de symptômes anxieux et/ou dépressifs à parler de leurs difficultés. En effet, le vécu même des personnes atteintes par des maladies anxieuses et/ou dépressives (tension interne, culpabilité, désespoir, etc.) peut freiner toute demande de soin. Leur

¹Dpt. Adaptation scolaire et Scolarisation des élèves Handicapés (ASH), Université de Provence, IUFM d'Aix-en-Provence, 2 av. Jules Isaac, 13626, Aix-en-Provence Cedex 1, France. Mel : aureliepasquier@free.fr

²Dpt. Psychologie clinique et psychopathologie, Université de Provence, 29 av. Robert Schuman, 13621 Aix-en-Provence Cedex 1

³Centre de recherche en Psychologie de la Connaissance, du Langage et de l'Emotion (PsyCLE, EA3273), Axe thématique 3 « Psychopathologie de la construction du réel et des addictions »

stigmatisation participe sans doute aux réticences que peut manifester l'individu à faire état de ses difficultés. La dimension sociale prend alors toute son importance et semble constituer un facteur important dans le refus de l'individu au suivi, quel qu'il soit. Plus largement, on peut se demander ce qui peut empêcher la personne de verbaliser ses émotions ?

Cette recherche s'intéresse spécifiquement au processus de partage social des émotions (Rimé, 2005) chez des individus souffrant de symptômes anxieux et dépressifs. L'objectif de cette étude est d'identifier la régulation émotionnelle interpersonnelle spécifique à chaque état émotionnel considéré ici. L'inhibition du partage social des émotions en tant que processus de régulation émotionnelle interpersonnelle, serait spécifique aux états anxieux. Alors que l'inhibition d'une partie seulement du vécu émotionnel lors du partage social des émotions serait davantage le fait d'une symptomatologie dépressive.

Méthode

L'échantillon est constitué de 107 individus (H/F=13/94 ; âge moyen de 43,21 ans ; $\sigma = 12,76$) issus de cabinets de médecine générale et de la population tout-venant. Nous avons constitué deux groupes de participants selon leur niveau d'anxiété, tout en prenant en compte leur score de dépression. Le premier groupe (N = 60 avec un sexe ratio H/F de 7/53) est composé des patients de médecine générale dont le score atteint la note seuil (égale à 8) ; note à partir de laquelle on considère que le niveau de symptômes est pathologique (groupe anxieux/dépressifs noté AD). Au sein de ce même groupe, tous les patients ont aussi un score de dépression dont certains atteignent la même note seuil que celle employée pour le niveau d'anxiété (nombre d'anxieux et dépressifs sur l'effectif total du groupe 1 : 13/60). Ils avaient tous été préalablement identifiés comme présentant des symptômes anxieux et/ou dépressifs (critères DSM-IV-TR) par le médecin généraliste. Le deuxième groupe est constitué d'individus tout-venant n'atteignant aucune des notes seuils permettant de statuer sur le critère pathologique des niveaux d'anxiété et de dépression (N = 47 avec un sexe ratio de 6/41). Ce groupe d'individus non anxieux/dépressifs est noté NAD.

Les variables étudiées sont relatives aux informations issues de l'évaluation du processus de partage social des émotions (Rimé, 2005). Nous avons choisi d'utiliser cet outil en demandant aux participants de se rappeler un événement émotionnel négatif considéré comme le plus marquant qu'ils aient pu vivre. Ils devaient ensuite répondre à différentes questions en se référant à cet événement. Les variables dépendantes sont l'anxiété état et la dépression état. Elles sont évaluées par l'échelle d'auto-évaluation « HAD » (*Hospital Anxiety and Depression Scale* ; Zigmond et al., 1983). Cette échelle dimensionnelle en 14 items permet d'évaluer le niveau actuel des symptômes anxieux et dépressif en donnant lieu à deux scores spécifiques à chaque état.

Après avoir rempli individuellement les protocoles à leur domicile, il était demandé aux participants de l'envoyer sous pli anonyme à l'investigateur de la recherche. Les données ont fait l'objet d'un traitement statistique à l'aide du logiciel Statview 5.0. Nous avons procédé à des comparaisons de moyennes (t de student) dans le but de montrer l'existence de différences entre nos deux groupes de participants avant de passer à des analyses corrélationnelles univariées (r de Bravais-

Pearson), qui nous permettrons de déterminer la présence de relations spécifiques entre états anxieux, états dépressifs et processus de partage social des émotions.

Résultats

Les patients anxieux et/ou dépressifs (AD) ont en moyenne un niveau d'anxiété de 12,28 (é-t = 2,65) tandis que les participants non anxio-dépressifs (NAD) obtiennent en moyenne un score de 5,51 (é-t = 1,28) à la sous-dimension d'anxiété. La différence entre les deux moyennes est significative (t significatif à $p < .01$). Le score moyen des patients AD atteint la note seuil (note = 8) et permet de les considérer effectivement comme anxieux.

Le niveau de dépression des patients AD est en moyenne de 4,90 (é-t = 3,32) alors que celui des individus NAD est de 2,64 (é-t = 1,48) en moyenne. La différence entre les deux groupes est significative (t significatif à $p < .01$) même si aucun des deux groupes de participants n'atteint la note seuil (égale à 8) permettant de considérer le niveau des symptômes comme pathologique.

Par ailleurs, quels que soient les symptômes considérés, le groupe AD est homogène quant à l'âge et le sexe. Il n'existe pas d'effet principal du sexe et de l'âge sur le niveau d'anxiété au sein du groupe AD ($F_{\text{sexe}(6,8)} = 0,04$; ns; $F_{\text{âge}(1,81)} = 0,12$; ns). Il n'existe pas non plus d'effet de l'âge et du sexe sur le niveau de dépression pour le groupe AD ($F_{\text{sexe}(1,22)} = 1,48$; $p > .05$ et $F_{\text{âge}(1,28)} = 0,15$; ns).

Etats anxieux, états dépressifs et partage social des émotions

Des analyses de corrélations de type Bravais-Pearson entre les états anxieux et dépressifs au sein du groupe AD montrent que le niveau d'anxiété est corrélé positivement et significativement avec le niveau de dépression ($r = .34$; $p < .01$). Par conséquent, plus les individus présentent une anxiété état et plus ils manifestent un niveau de symptômes dépressifs important.

Nous nous sommes ensuite intéressés aux différences de moyennes entre les deux groupes concernant l'inhibition du partage social des émotions (« s'empêcher de parler de l'événement émotionnel avec autrui »). Il n'existe pas de différences significatives entre les deux groupes AD et NAD concernant cette variable (t non significatif).

Cependant, il était demandé aux participants ayant inhibé le partage social de leurs émotions de donner les raisons de leur inhibition. Deux types de réponse ont été formulés, ce qui a donné lieu à la classification suivante :

- absence de partage social pour cause personnelle : « c'est trop douloureux d'en parler », « trop de souffrance ».
- absence de partage social pour cause sociale : « cela ne regarde que moi », « c'est trop intime ».

Les résultats montrent qu'il existe des différences significatives entre les deux groupes concernant l'absence de partage social pour cause personnelle. Les patients AD ont majoritairement répondu qu'ils inhibaient le partage social de leurs émotions dans le but de ne pas se remémorer l'événement émotionnel négatif ($\chi^2=3,85$; $p = .05$).

Concernant cette fois l'inhibition de certains aspects du vécu émotionnel associé à l'événement émotionnel cible (« expression complète du vécu émotionnel »), il n'existe pas non plus de différence significative entre les groupes AD et NAD à cette variable (t ns). Cependant, en s'intéressant au contenu, les raisons énoncées par les participants ayant inhibés une partie du vécu émotionnel sont de deux types :

- raisons personnelles d'inhibition d'une partie du vécu : « C'est trop douloureux, trop difficile de parler de tout. » ;
- raisons sociales d'inhibition d'une partie du vécu : « C'est trop intime, trop personnel. », « J'aurais une mauvaise opinion de moi-même si j'en parle aux autres. ».

Lorsque certains aspects du vécu émotionnel ont été inhibés lors du partage social des émotions, les patients AD rapportent davantage de raisons d'inhibition sociales ($\chi^2=6,11$; $p = .01$) par rapport aux sujets NAD.

Les analyses de corrélations univariées mettent en évidence l'existence de relations positives significatives au sein du groupe AD, entre les niveaux d'anxiété et de dépression, et les composantes d'inhibition de partage social des émotions :

- plus le niveau d'anxiété est élevé et plus les patients AD ont tendance à inhiber le partage social de leurs émotions ($r = .26$; $p = .05$) ;
- plus le niveau de dépression est élevé et plus les patients AD inhibent le partage social de leurs émotions ($r = .27$; $p = .04$) ;
- plus le niveau de dépression est élevé et plus les patients AD ont tendance à inhiber une partie seulement de leur vécu émotionnel lors du partage social de leurs émotions ($r = .33$; $p = .01$).

Discussion des résultats

Les résultats montrent que l'inhibition du partage social des émotions associées à un événement émotionnel cible, est en lien avec le niveau d'anxiété actuel des individus de cette étude. En effet, plus les individus ont eu tendance à s'empêcher de partager socialement leurs émotions à l'issue d'un événement émotionnel et plus ils présentent un niveau d'anxiété élevé.

Le niveau de dépression est lui aussi positivement corrélé à l'inhibition du partage social des émotions, mais il entretient plus spécifiquement une relation positive avec l'inhibition de certains aspects du vécu émotionnel lors du partage social des émotions. On peut penser que la relation qui existe entre dépression et inhibition du partage social des émotions est en grande partie le fait du niveau d'anxiété élevé présenté chez les mêmes individus.

Si les individus anxieux inhibent le partage social de leurs émotions, les individus dépressifs ont quant à eux tendance à partager leurs émotions mais en taisant une partie de leur vécu émotionnel.

Par ailleurs, si on s'intéresse au contenu des réponses des individus AD, on remarque que lorsqu'ils inhibent le partage de leurs émotions, il s'agit de raisons qualifiées de personnelles du type « c'est trop douloureux, c'est trop de souffrance ». En effet, ces réponses diffèrent de celles qualifiées de « sociales » du type « c'est trop intime, cela ne regarde que moi ». Ainsi les individus qui inhibent le partage de leurs émotions le feraient dans le but de se préserver du rappel d'un événement trop douloureux pour eux. Nous pouvons émettre

l'hypothèse selon laquelle l'inhibition du partage social des émotions chez les individus anxieux aurait pour fonction d'éviter la réactivation du vécu émotionnel négatif et intense rattaché à l'événement émotionnel.

Selon Rimé (2007), les individus ont habituellement tendance à partager leurs émotions avec autrui dans le but de recevoir un soutien socio-affectif (réconfort, manifestations d'empathie, etc.) source de bénéfices émotionnels et sociaux. L'inhibition du partage social des émotions ne permettrait ni de réguler ses émotions ni de recevoir le soutien positif d'autrui.

L'inhibition de certains aspects du vécu émotionnel lors du partage social des émotions semble spécifique aux individus dépressifs. On peut émettre l'hypothèse que chez les individus dépressifs, ce processus d'inhibition aurait pour fonction de préserver l'individu d'une image négative de soi auprès d'autrui.

Bibliographie

Agence du médicament (1998). Etude de la prescription et de la consommation des antidépresseurs en ambulatoire, *Observatoire national des prescriptions et consommations des médicaments*.

Barczack, P., Kane, N., Andrews, S., Congdon, A.M., Clay, J.C., & Betts, T. (1988). Patterns of psychiatric morbidity in a genito-urinary clinic: a validation of the Hospital Anxiety Depression scale (HAD). *Brit. J. Psychiatry*, 152, 698-700.

Honkalampi K., Hintikka, J., Tanskanen, A., Lehtonen, J., Viinamaki, H. (2000). Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 99-104.

Luminet, O. (2002). *Psychologie des émotions: confrontation et évitement*. Bruxelles: De Boeck Universités.

Pedinielli, J.L. & Bertagne, P. (2002). *Les névroses*. Paris : Nathan.

Postel, J. (1998). *Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique*. Montréal : Larousse Bordas.

Rimé, B. (2005). *Le partage social des émotions*. Paris : Presses Universitaires de France.

Rimé, B. (2007). Interpersonal emotion regulation. In J.J. Gross (Eds.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 466-485). New York: The Guilford Press.

Rouillon, F., Lejoyeux, M., & Le Gep, F. (1993). Modalités d'accès aux soins en consultation psychiatrique, *Ann. Méd. Psychol.*, 151(9), 628-632.

Sifnéos, PE. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom*, 22, 255-62.

Suslow, T., Donges, U.-S., Kersting, A. & Arolt, V. (2000). 20-Item Toronto Alexithymia Scale: Do difficulties describing feelings assess proneness to shame instead of difficulties symbolizing emotions? *Scandinavian Journal of Psychology*, 41(3), 329-334.

Taylor, L., & Gorman, J. (1992). Theoretical and therapeutic considerations for anxiety disorders. *Psych Quaterly*, 63(4), 319-42.

Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr. Scand*, 67, 361-370.