

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

Université Abderrahmane Mira Bejaia

Faculté de Science humaine et sociale

Département de science humaine

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du Diplôme de master II
en psychologie clinique

THÈME

**Dépression et estime de
Soi**

Réaliser par :

➤ SALMI SOUAD

Encadré par:

➤ M^{me}. DJEDID RATIBA

Année universitaire 2014/2015



REMERCIEMENTS

Nous remercions Dieu, le tout puissant qui nous a procuré courage et volonté pour achever ce modeste travail.

Nous tenons à remercier notre promotrice Mm Djedid d'avoir accepté de nous encadrer et pour ses précieux conseils qui nous ont permis de réaliser notre travail.

Mes remerciements vont aussi aux membres de jury qui ont accepté d'examiner et de juger notre modeste travail.

Nous tenons à remercier l'ensemble du personnel du centre hospitalier universitaire de Frantz Fanon de Bejaia qui nous a encadrés et soutenu durant notre stage pratique, ainsi qu'a tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce modeste travail.



Souad



DEDICACE

Je remercie le bon dieu de m'avoir donné le courage, la santé et la volonté afin de pouvoir réaliser ce modeste travail.

Je tiens à le dédier à mon très cher père que dieu l'accueille dans son vaste paradis.

Je tiens à le dédier aussi tout particulièrement à ma très chère mère pour son sacrifice, patience, sa présence et son soutien tout au long de mes années d'études que le bon dieu la garde et la protège.

A ma chère sœur Samia, son époux Farid ainsi qu'à ses adorables petites filles Manel, Yasmine et Maya que dieu les guide dans le droit chemin.

A mon cher frère Ghani, son épouse Fatiha ainsi qu'à ses adorables petits garçons Mohand, Samy et Salas que dieu les guide dans le droit chemin.

A mes cousins et cousines Sofiane, Nora, Nawel, Radia, Sabiha, Nedjima, Younes, Nazim, Ouzena, Tiziri, Thanina.

A mes oncles et mes tantes.

A mes meilleures amies Hanane, Dahbia, Sabrina, Sakina, Sadia, Lynda, Amal, Lila, Souhila, Houria.

A mon meilleur ami Sofiane qui m'a soutenu tout au long de mes études.

Enfin à tous ceux que je connais ou qui me connaissent que je n'ai pas pu les citer.

Souad. S. Merci à vous tous.

SOMMAIRE

Remerciement.

Dédicace.

Introduction générale.

Le cadre générale de la problématique :

1- La problématique.....	7
2- Les hypothèses.....	9
3- Les raisons du choix du thème.....	9
4- Les objectifs de la recherche.....	9
5- Définition des concepts.....	10
6- Définition opérationnelle.....	10

Partie théorique

Chapitre I : la dépression

Préambule

1- Définition de la dépression.....	14
2- La classification de la dépression.....	14
3- Les théories de la dépression.....	17
4- Les causes de la dépression.....	18
5- Dépression et risque suicidaire.	19
6- Le point de vue cognitivo-comportementale sur la dépression.....	20
7- Dépression : traitement et prise en charge.....	21
8- Le diagnostic de la dépression.....	22

Conclusion.

Chapitre II : l'estime de soi.

Préambule.

1- Définition de l'estime de soi.....	27
2- Faible et forte estime de soi.....	28
3- Les théories de l'estime de soi.....	30
4- Les différents piliers de soi.....	33

.Conclusion.

Chapitre III : la méthodologie de recherche.

Préambule.

1- Présentation du terrain.....	37
2- La méthode de l'étude.	37
3- La pré-enquête.....	37
4- Présentation de l'échantillon.....	38
5- Les outils de l'étude.	38
Conclusion.	

Chapitre IV : Analyse et discussion des résultats

1- Présentation et analyse des résultats.....	43
2- Discussion des hypothèses.....	56

Conclusion générale.

Références bibliographiques

Annexes

INTRODUCTION GENERALE

Introduction générale

Introduction

Dans la vie plus personnes n'est à l'abri du fléau de la dépression qui une maladie lourde et qui fait ravage dans le monde, plus aucun n'est à l'abri qu'il soit riche, pauvre, jeune ou vieux.

Mais avec l'évolution de la science plusieurs études met en évidences la prise au sérieux de cette maladie avec toutes ces difficultés, et qu'il faut prendre en charge toutes personnes qui souffre de cette maladie vu qu'elle peut être la cause principale de ses souffrances et même de son décès.

Cependant, la dépression qui est une maladie mentale qui se caractérise par la tristesse, de la souffrance psychique qui ne touche pas seulement la personne mais aussi celle de son entourage et si on parle de dépression qui ne signifie pas seulement tristesse ni envie ni désir il s agit aussi du changement corporelle par exemple la perte du poids ce qui affecte sa qualité de vie et son image de soi ce qui peut provoquer chez lui le sentiment d'être différent des autres et qui va dévaloriser par la suite son estime de soi et afin de pouvoir mettre en lumière tout ce qui a été dit et pour effectuer notre recherche nous avons tracé un plan de travail comme suite :

- _ Un cadre général de la problématique et les hypothèses.
- _ Une partie théorique qui comprend deux chapitres, un chapitre intitulé « dépression » qui est divisée en plusieurs titres et un deuxième chapitre qui est « l'estime de soi ».
- _ Une partie méthodologique qui contient : présentation du terrain, la méthode de l'étude, la pré-enquête, présentation de l'échantillon et les outils de l'étude.
- _ Une partie pratique ou nous avons abordé les éléments suivants : présentation et analyse des résultats et discussion des résultats.
- _ Enfin on termine notre travail avec une conclusion générale.

Le Cadre général de la problématique

1- Problématique :

L'histoire des dépressions et des troubles thymiques se fait principalement autour de trois termes : la « mélancolie », la « dépression », la « manie » terme ayant connu un sort plus chaotique (J.L Pedinielli ,2005 . p, 09).

Si la mélancolie a une longue histoire, la naissance de la notion de « dépression » est lente .Son apparition a été préluée par la description d'une forme de *tædium vitae* (tristesse) chez Sénèque dans les dialogues (50ap.J.c), la maladie a pour origine un manque d'équilibre de l'âme et des aspirations timides ou malheureuses, selon que l'on n'ose pas tout ce qu'on désire ou que l'on tente en vain de réaliser et qu'on s'épuise à espérer. Au IVème siècle, saint Jean Chrysostome parle de la « tristitia » comme effet du dérèglement et de la mollesse de l'âme sans troubles de l'entendement.

A la même époque, Evagre le pontique évoque l'*acedia* (désintérêt), qui fait partie des péchés capitaux et qui désigne le dégoût et l'anxiété du cœur. (J.L pedinielli, 2005, P, 13).

Rien de spécifique jusqu' au XVIIème siècle : la dépression se perd dans la mélancolie, l'hypocondrie, les vapeurs (troubles nerveux) .mais en 1678 à Bâle, Johannes Hofer publie sa dissertation de *nostalgia* pour décrire un état d'anxiété, d'insomnies, d'anorexie, de désespoir, de rêveries douloureuses de pays.

Les troubles dépressifs ont donc évolué d'une manière spectaculaire puisque l'invention de la catégorie récente « dépression », différente de la « mélancolie », a abouti à la création d'une classe diagnostique qui concerne de nombreux patients. L'aspect large des critères des états dépressifs ne suffit pas à expliquer cette évolution .IL est clair que le nombre de patients déprimés est de plus en plus important.

Selon l'organisation mondiale de la santé (oms) de 05 à 10% de la population mondiale présenterait des troubles dépressifs de l'humeur.

En France le nombre de patients déprimés et soignés a augmenté de 1 million en 10 ans (1980 _ 1991), les femmes étant toujours trois fois plus nombreuses que les hommes – cela représente une augmentation de 60% sur une période plus longue, entre 1970 et 1996 le nombre de personnes peuvent être considérées comme déprimés qu' elles soient soignées ou

Le Cadre général de la problématique

non a été multiplié par sept en France, entre 1980 et 1989 le nombre de consultation avec prescription d' un anti dépresseur aux états unis et passé de 2,5 à 4,7 millions (**Philippe Pignorre,2001,P,11**).

Selon le professeur Hamid Adja, spécialiste en psychiatrie, une moyenne de dix cas de dépression sont reçus chaque jour, l'hôpital effectue une certaine consultation par jour. 50% de cas de dépression sont en phase finale dont 70% sont des femmes et 60% des hommes souffrant de schizophrénie, la majorité des cas de dépression n' arrivent aux hôpitaux qu' en phase très avancée puisque les familles algériennes choisissent de faire la "Rokia" (traitement par le coran) croyant que le malade est envouté ou encerclé alors qu' il souffre d' une dépression .

La maladie mentale est considérée pour la plupart des familles algériennes, comme tabou. Ainsi, ces familles de malades mentaux éprouvent de la honte et n'hésitent pas à se débarrasser de leurs fils, frère ou père pendant les périodes de vacances ou de fête de mariage pour éviter les regards des autres. Ces malades sont emmenés aux hôpitaux psychiatriques pour ces périodes de l'année.

La notion d'états dépressifs est particulièrement large, on imagine sans peine que les signes qui permettent de les reconnaître ou qui les décrivent sont extrêmement divers et d'intensités très variables. Selon la forme de l'état dépressif, on rencontre ainsi des symptômes proches de la normalité ou d'autres, très spectaculaires par ailleurs, du fait de l'amplitude de la classe « états dépressif », il n'est naturellement pas nécessaire de présenter tous les signes pour être déprime (**J. L Pédinielli, 2005, P, 22**).

Le désir de mort est fréquent dans les états dépressifs et apparait sous la forme d'idées de suicide, de tentatives de suicide(le sujet est vivant après l'acte) et de suicide (dits suicides-décès). Bien que tous les déprimés, leur nombre parmi les suicidant est élevé (selon les études, les manifestations dépressives sont impliquées dans 50 à 80% des cas, sans que les personnes ne soient, pour autant, que déprimées). (**J. L Pédinielli, p.27, 28**).

Sur ceux on constate que plusieurs recherches ont été faite sur la notion de « dépression » et la notion « d'estime de soi » cette dernière a vu son émergence en sociologie, esquissé par James(1890) et Baldwin (1897), sera élaboré par Cooley (1902) et Mead (1934) pour continuer d'être développé par les interactionnistes symboliques

Le Cadre général de la problématique

contemporains. Mead (1934-1963) a étudié de façon approfondi les liens entre le soi et le milieu. Pour cet auteur le soi d'un individu se développe à partir des jugements qu'autrui émet sur lui à l'intérieur d'un contexte dans lequel cet individu et autrui interagissent. « Le soi n'est pas présent au départ, à la naissance, mais se développe tout en long de l'activité et de l'expérience sociale » alors que le processus constitutif de soi est identique pour chaque individu, le soi conserve néanmoins sa spécificité. (Martinot Delphine, 1995, p.14.)

Alors on se questionne sur le lien de l'estime de soi sur la gravité de la dépression.

QUESTION :

Est-ce que l'estime de soi faible engendre une dépression sévère ?

2 / Les hypothèses :

a – Le degré de l'estime de soi influence la gravité de la dépression.

b -Le faible estime de soi engendre une dépression sévère.

3 /Les raison du choix de thème :

D'après M. ANGERS : «le choix d'un sujet est l'évaluation de la faisabilité d'une recherche, respectant ce premier moment de la formulation du problème de recherche » (Angers Maurice, 1997, p. 78.)

Alors, nous avons choisi notre thème d'étude concernant les personnes ayant une dépression qui la plus part du temps triste, sans intérêt vu l'ampleur que cette pathologie prend dans la société, car généralement la dépression induit au suicide ou tentative de suicide.

Donc, on va essayer de porter attention à cette catégorie de personnes qui se sentent très sensible.

4 / Les objectifs de notre étude:

Notre objectif dans cette recherche est de mieux analyser le sujet « Dépression et estime de soi » qui un thème vaste à aborder et ceux pour mettre en pratique les connaissances acquise durant notre cursus et apporter un enrichissement à la recherche.

Le Cadre général de la problématique

5 /Définition des concepts :

5-1-La dépression :

Selon le grand dictionnaire de psychologie la dépression est « une maladie mentale caractérisée par une modification profonde de l'état thymique, de l'humeur dans le sens de la tristesse, de la souffrance morale et du ralentissement psychomoteur. S'accompagne parfois d'anxiété, la dépression entretient chez le patient une impression douloureuse d'impuissance globale, de fatalité désespérante et parfois l'entraîne à des ruminations subdélirantes à thème de culpabilité, d'indignité, d'auto-dépression, pouvant le conduire à envisager le suicide et parfois à le réaliser. » (**Grand dictionnaire de la psychologie, 1999, p.25**)

5-2- L'estime de soi :

Selon Coslin : « L'estime de soi correspond à la dimension de concept de soi, c'est-à-dire à l'ensemble des représentations dont l'individu dispose à propos de lui-même et à la probation ou désapprobation qu'un sujet porte sur lui-même. Elle permet d'approcher le sentiment qu'il a de ses propres compétences et de ses qualités dans différents domaines : l'école, la famille et la société. Elle désigne ce sentiment plus en moins favorable que chacun s'aime, s'accepte et se respecte en tant que personne. Le jugement porté sur soi et associé aux normes sociales et réussite d'échec, de valeur et de non-valeur ». (**Coslin Pierre, Paris, 2003, p.36**).

6- Définition opérationnelle :

6-1- Dépression : c'est une maladie mentale qui se caractérise par un sentiment de tristesse, le désespoir, avoir un sentiment de ne plus avoir le goût de vivre ce qui induit à envisager de se suicider et parfois de passer directement à l'acte suicidaire.

6-2- L'estime de soi : c'est les pensées intérieures qu'une personne dispose de lui-même et qu'il met en jeu dans ses rapports avec le monde extérieur.

PARTIE THEORIQUE

CHAPITRE I

La dépression :

Préambule

- 1- Définition de la dépression
 - 2- La classification de la dépression
 - 3- Les théories de la dépression
 - 4- Les causes de la dépression
 - 5- Dépression et risque suicidaire.
 - 6- Le point de vue cognitivo-comportementale sur la dépression
 - 7- Dépression : traitement et prise en charge
 - 8- Le diagnostic de la dépression
- Conclusion.

Préambule :

La dépression bouleverse la vie de la personne, mais aussi celle de son entourage. Vivre avec un dépressif, c'est souvent se sentir impuissant inquiet pour sa santé, parfois pour sa vie. La famille et les amis peuvent néanmoins jouer un rôle important pour aider la personne concernée à sortir de sa dépression.

1-Définition de la dépression :

- **Norbert Sillamy** : « Définit la dépression comme un état morbide plus au moins durable caractérisé essentiellement par la tristesse et d'une diminution du tonus et de l'énergie anxieux, las, découragé, le sujet déprimé est incapable d'affronter la moindre difficulté. Il souffre de son impuissance et a l'impression que ses facultés intellectuelles, notamment l'attention et la mémoire, sont dégradés. Le sentiment defferriste qui en résulte augmente encore sa mélancolie ». (Sillamy, N, 2003, p .79).

- **Selon le dictionnaire fondamental de la psychologie :**

« La dépression est une maladie mentale caractérisée par une modification profonde de l'état thymique, de l'humeur dans le sens de la tristesse, de la souffrance morale et du ralentissement psychomoteur ».

- **Selon le dictionnaire médical** : « La dépression est une condition émotionnelle par une altération de l'humeur, ralentissement psychomoteur avec tristesse, diminution de l'estime de soi, inhibition, fatigue, insomnie du matin ... ». (Dictionnaire médical, 2009, p.265).

- **Selon Christophe André** : « Le mot dépression signifie « abaissement », il s'agit donc d'effondrement de l'humeur, la personne se sent triste, sans envie ni désir ». (Christophe André, 2008, p.312).

2- Les classifications de la dépression :

2-1 Classification originaire de Kraepelin :

Cette conception a été fondée sur des critères descriptifs, mais tenait compte de l'évolution des pathologies ; en outre, certains critères étiopathogéniques intervenaient subtilement (visible notamment dans les termes « endogène » et « psychogène »).

Et dans la pratique clinique, elle aboutissait principalement à opposer dépression endogène et dépression psychogène, les autres ne représentant qu'un petit nombre de sujets. La dichotomie entre endogène et psychogène repose sur quatre arguments principaux :

1-La dépression psychogène serait réactionnelle à un événement causal précipitant.

2-Sur le plan sémiologique, on peut opposer la dépression endogène et la dépression psychogène (sans ralentissement ni signes somatiques) mais avec tendance à rejeter la responsabilité sur autrui.

3-La dépression psychogène voit sa symptomatologie se modifier en fonction du milieu environnant.

4-Du point de vue des antécédents familiaux.

Dans son aspect le plus courant cette conception oppose donc en fait les dépressions névrotiques et réactionnelles à la mélancolie intégrée ou non à une psychose-dépressive. Ce type de classification, pour efficace qu'il soit, présente néanmoins le désavantage de ne pas être fiable et d'être plus interprétatif que descriptif. Bien que cette classification ne soit plus d'actualité, on en trouve des traces dans les usages empiriques de certains cliniciens, d'autant que les conceptions psychopathologiques ont souvent revendiqué la notion de « psychogène » et de « personnalité » avec, parfois, grande pertinence.

2-2 Le DSM IV :

La caractéristique essentielle d'une dépression est une humeur triste d'intérêt ou de plaisir pour presque toutes les activités, persistant au moins deux semaines. Le sujet doit présenter au moins quatre symptômes supplémentaires compris dans la liste suivante :

- Changement du sommeil.
- Changement de l'appétit ou du poids.
- Changement de l'activité physique et intellectuelle.
- Réduction de l'énergie.
- Idée de mort récurrentes, idée suicidaires, plan ou tentative de suicide.

Ces symptômes doivent être nouveau ou avoir subi une aggravation évidente par rapport à la situation de la personne avant la dépression. Les symptômes doivent être présents pratiquement toute la journée, presque tous les jours, pendant au moins deux semaines consécutives. (**American Psychiatric Association-DSM4 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 2003, p. 345**).

2-3-Descriptif de la classification :

1-Trouble dépressifs :

A-Trouble dépressif majeur : Il se divise en deux troubles dépressifs majeurs, épisode isolé et trouble dépressif majeur, récurrent.

Au moins cinq des symptômes suivant doivent avoir été présents pendant une même Période d'une durée d'au moins deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur. Au moins un des symptômes est soit :

Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p.ex.se sent triste ou vide) ou observée par les autres (p. ex pleur).

Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours.

Perte ou gain significatif de poids en l'absence de régime ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

- ✓ Insomnie pu hypersomnie presque tous les jours.
- ✓ Agitation ou ralentissement psychomoteur, presque tous les jours.

- ✓ Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
- ✓ Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée presque tous les jours.
- ✓ Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours.
- ✓ Pensées récurrentes de la mort, idées suicidaires récurrentes sans plan précis, ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B-Trouble dysthymique :

Il se caractérise essentiellement par une humeur dépressive chronique qui survient plus d'un jour sur deux pendant au moins deux ans. Il peut être spécifié par les caractéristiques suivantes :

-Début précoce,

-Début tardif,

-Avec caractéristique atypiques. (J .L Pedinielli, 2005, p. 72).

D'autres auteurs ont données deux formes typiques qui sont classé comme suite :

- **Dépression psychogène/ dépression endogène :** la première est liée à des aspects psychologiques individuels préalables alors que la seconde est supposée imputable à des facteurs biologiques (en l'absence de facteur psychologique déclenchant). (DARCOURT. G, 1983, p.199-201).

- **Dépression réactionnelle /dépression autonome :** la première apparait en réaction à un évènement extérieur alors que la dépression autonome ne semble pas avoir de facteur déclenchant précis. (CHEVALIER I.F HARDY M.C, 1983, P.100).

3-Les théories de la dépression :

3-1-la théorie psychanalytique :

La dépression est sous tendue par une perte et un processus de deuil à élaborer. L'écrit de Freud (deuil et mélancolie) daté de 1915 n'explique pas la mélancolie mais en donne une interprétation fondée sur la différenciation entre deux états : le deuil et la mélancolie. Pour Freud la mélancolie est bien d'un objet perdu.

3-2-La théorie biologique :

Nées suite à la découverte empirique des médicaments antidépresseurs, par des travaux essayant de comprendre leurs mécanismes d'action. Or, on peut dire que dans cette théorie plusieurs anomalies biologiques ont pu être identifiées.

3-3-la théorie cognitive :

La plus élaborée est celle de Beck (1974). Dans sa théorie la dépression résulte d'une interprétation négative des perceptions. Elle consiste donc en l'acquisition, l'organisation et l'utilisation du savoir sur soi et le monde extérieur. Elle se centre sur les processus mentaux les plus élaborés : La pensée, la prise de décision, la perception et la mémoire.

4-les causes de la dépression :

La dépression est souvent déclenchée par des événements extérieurs. On sait désormais qu'il n'y a pas une cause unique à l'apparition d'une dépression, mais que la maladie résulte le plus souvent d'une conjonction de facteurs.

4-1- Les facteurs biologiques :

Chez les maladies dépressives, on constate un déséquilibre de la chimie du cerveau, en particulier une baisse de l'efficacité de certains neurotransmetteurs (sérotonine, noradrénaline, dopamine). Or, le cerveau constitue le centre de contrôle de tout notre corps. Il est également responsable de nos émotions, de notre mémoire et de nos pensées. Cette

perturbation de nature chimique entraîne progressivement un dérèglement de l'humeur et des fonctions intellectuelles et physiques.

4-2- Les facteurs génétiques :

Les personnes ayant des parents proches qui ont souffert de dépression sont plus susceptibles d'en être elle-même victime. De nombreuses recherches ont tenté d'identifier un gène de la dépression. On pense aujourd'hui que plusieurs gènes peuvent avoir une influence sur la survenue de cette maladie.

Globalement, les gènes impliqués ne déclencheraient pas nécessairement la dépression, mais transmettraient seulement une prédisposition.

4-3- Les facteurs liés à l'environnement social et familial :

Le surmenage la solitude, des évènements difficiles au traumatisants (problèmes financiers ou professionnels) peuvent favoriser une dépression. Souvent, son apparition suit la perte d'une personne, lors d'un deuil séparation, du départ d'un enfant du domicile des parents par exemple :

Elle peut aussi faire suite à un changement d'état : perte du sentiment de jeunesse, d'une certaine insouciance, ou perte partielle ou totale de son autonomie, etc.

5 / Dépression et risque suicidaire :

Le risque suicidaire doit être envisagé chez tout patient déprimé. Les idées et comportements suicidaires font d'ailleurs partie des critères diagnostiques de l'épisode dépressif majeur (DSM-IV).

Apprécier le risque suicidaire, c'est avant tout savoir reconnaître la dépression. Mais existent-t-ils des facteurs prédictifs pour une meilleure prévention du suicide ? Si le portrait type du sujet déprimé suicidaire est impossible à établir, certains facteurs de risque suicidaire ont néanmoins été recensés, de la clinique de la dépression à des facteurs sociaux, environnementaux ; le risque suicidaire serait sept fois plus élevé chez les patients cumulant plus de trois facteurs que parmi ceux qui n'en présentent aucun.

Pour la plus part des auteurs ces facteurs de risque apparaissent, chez les patients déprimés, identique pour les suicides et les tentatives de suicide, avec cependant la persistance d'une fréquence plus importante de la mort par suicide chez les hommes.

5.1/ Antécédents :

5.1.1/Antécédents personnels :

Les antécédents personnels de tentative de suicide sont retenus par tous les auteurs Comme un facteur majeur de risque d'un suicide réussi ou des répétitions des tentatives de suicide]. 30 à 50% des patients déprimés décèdent par suicide.10 à 20% des patients déprimés qui ont perpétré une tentative de suicide décèdent par suicide.

Le risque étant encore plus important si plusieurs tentatives de suicide sont retrouvées dans les antécédents.

Les éléments les plus significatifs seraient la violence de l'acte suicidaire, la disponibilité du moyen, notamment, la possession d'une arme à feu, le degré de connaissance technique quant à la létalité du moyen utilisé et plus encore le fait d'avoir pris des préoccupations pour ne pas être découvert.

Les autres facteurs qui semblent influencer le risque suicidaire chez les patients déprimés sont :

- Une dépression dans l'enfance apparait comme facteur prédictif de tentative de suicide à l'âge adulte.
- La perte des parents avant l'âge de 11ans est un facteur associé au risque de dépression et au risque de suicide.
- Une enfance perturbée par un foyer familial désuni, des violences familiales, un abus sexuel.
- Des antécédents de traitement psychiatriques.

5.1.2/Antécédents familiaux :

Les antécédents familiaux de suicide majorent le risque suicidaire le rôle de l'hérédité familial peuvent être en partie génétique comme en témoigneraient les études de

jumeaux et d'adoptions. Si certaines études ne retrouvent pas cette donnée, dans l'étude de Tsuang le risque suicidaire apparaît multiplié par trois pour les déprimés qui ont un antécédent familial de suicide par rapport aux déprimés sans antécédent familiaux de suicide.

6 / Le point de vue cognitivo-comportementale sur la dépression :

Le courant cognitiviste s'intéresse à l'ensemble des processus de réception, de traitement d'analyse des informations et de réponse, qu'elles soient verbales ou comportementales, formulés par le sujet.

La cognition fait référence à la mémoire, la vigilance, l'attention, l'apprentissage, la compréhension et les capacités d'adaptation. Ce modèle est soutenu par le psychiatre américain **Aaron Berck** qui décrit le sujet dépressif comme possédant des schémas cognitifs qui dysfonctionnement.

Le déprimé interprète les informations afférentes de la vie quotidienne de façon excessivement négative, à travers des schémas cognitifs définissent inconsciemment des objectifs de vie inaccessible tels que par exemple « être le meilleur professionnellement, vouloir être apprécié et aimé par tous ». En lien avec ses schémas dépressiogenes, la distorsion cognitive entraîne l'émergence de pensées dépressives par un traitement de la réalité.

L'inférence arbitraire est la plus fréquente des distorsion cognitives décrites chez les déprimés, un autre point, elles entraînent un jugement fossé par l'interprétation hâtive, négatif et arbitraire d'évènement de la réalité par exemple « ma collègue de bureau ma pas proposer du café ce matin elle n'est plus satisfaite de notre collaboration, je ne suis à la hauteur je vais perdre mon travail ».

L'abstraction sélective permet aux déprimés d'extraire et de polariser son attention sur des points négatif de son existence quotidienne ou dépend des éléments positifs de la réalité.

La maximalisation et la minimalisation complète ce procède cognitif en augmentant l'importance des expériences négatives et minimisant les expériences positives.

La sur généralisation consiste à généraliser ce vécu à l'ensemble de la vie du patient.

L'ensemble de ces perturbations cognitives entraînent une perception de soi, de l'environnement et du temps figée dans une perception négative, constituant la triade cognitive décrite par Beck cliniquement, l'incapacité à se projeter dans l'avenir, l'anticipation douloureuse des événements, les sentiments d'ennui traduisent une distorsion de la perception du temps vécu. Pour **Beck**, les pensées des déprimés pourraient se rassembler dans trois catégories : la vision négative de soi, du futur et de l'environnement, constituant la triade cognitive.

7-La dépression : traitement et prise en charge :

L'objectif premier du soin est de parvenir à une sédation, voire une disparition des symptômes :

-Les plus invalidants, ralentissement, retrait, désintérêt, irritabilité majeure entravant les relations sociales, etc.

-Les plus douloureux, souffrance morale, dévalorisation, idée de culpabilité, etc.

-Les plus menaçants, idée ou projet suicidaire.

7.1/Antidépresseurs :

Si les antidépresseurs tricycliques ont fait la preuve de leur efficacité chez l'adulte, ce n'est pas le cas chez les adolescents. Ainsi, les études versus placebo ne retrouvent pas de supériorité significative des antidépresseurs tricycliques (Geller et Cool, 1999) les effets secondaires sont en revanche bien connus et rendent ces molécules difficiles à manipuler chez l'adolescent, qui les tolère encore moins que l'adulte. Il nécessite un bilan préalable et une surveillance en particulier sur le plan cardio-vasculaire.

De plus, le risque léthal est particulièrement important avec ces molécules en cas de surdosage. Les effets secondaires décrits sont : un virage maniaque ou hypomaniaque (comme pour tout antidépresseur efficace), des troubles digestifs, un nervosisme, des modifications de l'appétit, du sommeil et de la libido. Un arrêt brutal du traitement peut entraîner un syndrome de sevrage, surtout pour les molécules à demi-vie courte comme la paroxétine. Cela

se traduit par des symptômes évoquant une rechute (fatigue, irritabilité, etc.). Ce risque de sevrage existe dès que la durée de traitement dépasse six à huit semaines. Il convient donc de réduire progressivement les doses, sur une période de six semaines au moins lorsque l'on souhaite interrompre le traitement.

7.2/Thymorégulateurs :

La prescription des Thymorégulateurs doit être envisagée devant un épisode dépressif grave avec manifestation psychotique congruentes à l'humeur, surtout dans le sens état dépressif –passage à un état maniaque ou hypomaniaque. La constatation d'un tel virage sous traitement antidépresseur est très évocatrice. Moins évidente mais probablement plus fréquente est la situation clinique où s'associent des manifestations délirantes dominées par l'expansion, l'exaltation, la toute-puissance, la conviction érotomaniaque...etc. Des manifestations comportementales oscillant entre des moments d'excitation, d'irritabilité et des phases de retrait, enfin des manifestations thymiques où domine souvent une note d'anxiété et de culpabilité. Là aussi la prescription de Thymorégulateurs devrait être envisagée plus souvent que de coutume.

7.3/Autres psychotropes, Anxiolytiques, Neuroleptiques ... :

On les utilise éventuellement lorsque la composante anxieuse est majeure. Les Benzodiazépines sont les plus utilisées, d'autant que les produits les plus récentes sont présentés comme ayant moins d'effets secondaires. Les recommandations énoncées pour les anti- dépresseurs sont tout aussi importantes pour la prescription des anxiolytiques. Il ne faut pas oublier qu'un nombre important de tentatives de suicide s'effectue précisément avec ces produits prescrits au cours d'une consultation où la réponse médicale n'a pas porté que sur le symptôme.

Certes les anxiolytiques peuvent s'avérer utiles et efficaces dans certains cas cliniques précis, mais il faut insister sur le fait que trop souvent ils sont prescrits de façon laxiste, et dans des situations cliniques qui n'ont pas toujours été rigoureusement analysées. (Daniel Marcelli, Elise Berthaut, 2001, p. 207 ...212).

8- Le diagnostic de la dépression : Le diagnostic de la dépression se base sur plusieurs éléments :

Le ressenti personnel rapporté par le patient, le comportement perçu par son entourage et le résultat d'un examen psychologique.

Il n'existe aucun examen complémentaire pour le diagnostic de dépression mais les médecins en prescrivent généralement pour dépister d'autres maladies qui peuvent causer des symptômes similaires. La période de prévalence la plus élevée se situe entre 20 et 30 ans, avec un pic plus tardif entre 30 et 40 ans.

Les patients sont habituellement traités avec un médicament antidépresseurs et, dans certains cas, suivent une psychothérapie. L'hospitalisation peut s'avérer nécessaire dans le cas, d'auto-négligence, s'il existe un risque significatif de suicide ou pour la sécurité de l'entourage. Une minorité des dépressions est traitée par électroconvulsivothérapie, pour les cas

Les plus graves. La durée de la dépression est grandement variable, pouvant aller d'un épisode unique de quelques semaines à une longue période d'épisodes dépressifs prolongés et répétés.

Les individus souffrant de dépression ont une espérance de vie raccourcie par rapport aux autres individus, en partie à cause d'une plus grande susceptibilité à d'autres maladies et au risque de suicide. Les patients actuellement ou anciennement dépressifs sont parfois stigmatisés.

Au travers des siècles, la connaissance de la nature et des causes de la dépression a évolué, bien que sa compréhension soit à ce jour incomplète et encore sujette à discussion.

Les causes qui ont pu être proposées incluent des facteurs psychologiques, psychosociaux, héréditaire, évolutionnistes et biologique ...L'utilisation à long terme et l'abus de certains médicaments et substances peuvent favoriser ou aggraver les symptômes dépressifs, les psychothérapies peuvent se baser sur les théories de la personnalité, de la communication interpersonnelle et de l'apprentissage. La plus part des théories biologiques se concentrent sur des neurotransmetteurs, des molécules naturellement présentes dans le cerveau et qui permettent la communication entre les neurones. Les neurotransmetteurs de type monoaminergique comme la sérotonine, la noradrénaline et la dopamine sont plus particulièrement étudiés. (<http://www.wiképidia.com>).

Conclusion :

A travers ce qu'on a vu dans ce chapitre, nous concluons que la dépression affecte la vie de la personne ainsi que celle de son entourage et le fait vivre dans un monde fermé sans aucun gout ni espoir.

CHAPITRE II

L'estime de soi :

Préambule.

- 1- Définition de l'estime de soi
- 2- Faible et forte estime de soi
- 3- Les théories de l'estime de soi
- 4- Les différents piliers de soi

.Conclusion.

Préambule :

L'estime de soi est la conscience de sa valeur personnelle qu'on se reconnaît dans différents domaines.

Dans ce chapitre on va essayer d'aborder les différentes conceptions chez les individus ainsi que diverses approches théoriques sur cette notion.

1-Définition de l'estime de soi :

Selon Josiane de Saint- Paul : « L'évaluation positive de soi-même, fondée sur la conscience de sa propre valeur et de son importance inaliénable en tant qu'être humain, une personne qui s'estime se traite avec bienveillance et se sent digne d'être aimé et d'être heureuse, l'estime de soi est également fondée sur le sentiment de sécurité que donne la certitude de pouvoir utiliser son libre arbitre, ses capacités et ses facultés d'apprentissage, pourra faire face de façon responsable et efficace aux événements et aux défis de la vie ».

Selon Daniel Laporte : « L'estime de soi est la certitude intérieure de sa propre valeur, la conscience d'être un individu unique, d'être quelqu'un qui a des forces et des limites ».(Daniel Laporte, 2002, p .39).

Selon Cooper Smith : « L'estime de soi se définit comme un ensemble d'attitudes et d'opinions que les individus mettent en jeu dans leurs rapports avec le monde extérieur ».L'estime de soi est la manière dont une personne se considère, se donne de la valeur en tant qu'un individu.

L'individu, pour s'attribuer cette valeur comparé ses aspirations personnelles avec ses réussites actuelles. Il est important de signaler que l'estime de soi n'est pas le reflet des capacités réelles du sujet mais de celle qu'il croit avoir ou pas.

Evidemment, l'estime de soi ne dépend pas que de soi, mais également de la façon dont nous pensons que les autres nous perçoivent. Les personnes concernées sont les proches comme la famille, les enseignants, les autres ». (S.Cooper Smith, 1984, p.128).

Selon G .Duclos : « définit l'estime de soi comme étant la conscience de sa valeur personnelle qu'on se reconnaît dans différents domaines. C'est un ensemble d'attitude et de croyance qui nous permettent de faire face au monde. L'estime de soi suppose une conscience de ses forces, ses difficultés et ses limites personnelles. Elle présente une valeur positive qu'on se reconnaît globalement en tant qu'un individu et dans chacun des domaines importants de la vie. L'estime de soi est cyclique, parfois instable et toujours variable à l'image de la vie. (Duclos Germain, 2005, p. 22).

2-faible et forte estime de soi :

Un certain nombre de théorie considèrent que les individus possèdent un système destiné à maintenir un niveau d'estime de soi globale suffisamment élevé pour les rendre capable de fonctionner dans leurs environnements. Le plus souvent cette estime de soi globale est évaluée à l'aide de l'échelle de Rosenberg(1995).

Le domaine où l'estime de soi paraît exercer des effets particulièrement puissants concerne les réactions des individus aux renforcements, ou aux informations pertinentes pour leur soi.

Par exemple, il a été montré que les sujets à faible estime de soi acceptent relativement plus facilement un renforcement négatif et moins facilement un renforcement positif que les sujets à forte estime de soi (eg, Swann, Griffin, Predmore et Gaines, 1987). Il a même été démontré (eg, Cambell, 1990) que les individus à forte estime de soi acceptent seulement l'information positive, alors que les sujets à faible estime de soi sont affectés par l'ensemble des types d'information. Un résultat des plus significatifs montre que les individus à faible estime de soi sont plus aptes à expliquer des événements négatifs en utilisant des causes internes, s'estimant ainsi responsable de leurs échecs (eg, Peterson et Seligman, 1984).

Selon « Joseph » et ses collaborateurs (1992) les individus à forte estime de soi possèdent de nombreuses manifestations pour maintenir leur estime de soi. D'une manière

générale, les individus qu'ils aient une forte ou faible estime de soi, essaient de maintenir ou de rehausser leurs auto-évaluations. « Lewki »(1983) suggère que cette tendance s'exprime notamment à travers des comparaisons sociales sélectives.

La motivation à maintenir une estime positive de soi et envisagée comme universellement vraie par les psychologues (Greenwald, 1980 ; Steele, 1988), et ce, depuis James (1990). Une généralisation empirique raisonnable des recherches sur l'estime de soi serait de dire que les individus particulièrement ceux à forte estime de soi, essaient autant que possible de « s'auto-favoriser ». Cette tendance entraîne la présence d'un biais auto-complaisance persistant. Des expériences avec des sujets américains montrent qu'ils accordent beaucoup de crédit à leurs succès, donnent une explication satisfaisante à leurs échecs, et de diverses manière essaient de se valoriser (eg, Gilovich, 1983). Pour maintenir son estime de soi l'individu doit impérativement se considérer comme différents d'autrui et meilleur que lui.

Cette perception de soi, souvent présentée comme universelle, serait en fait assez spécifique de certains éléments de la culture occidentale. Dans une série de recherche récente, rapportées par « Marcus et Kitayama »(1991), et conduite au Japon avec des collégiens japonais, aucun biais d'auto-valorisation n'a pu être mis en évidence dans la comparaison sociale. En fait il produit simplement l'inverse, un fort biais d'auto-effacement.

Si, en générale, les individus acceptent mieux les renforcements positifs que les renforcements négatifs, il existe cependant des différences interindividuelles. Ainsi les individus ayant une faible estime de soi acceptent relativement mieux les renforcements négatifs que les individus ayant une forte estime de soi.

D'autres recherches (e.g. Baumeister et al. 1989 ; Joseph et al 1992) qui montrent également que les individus à estime de soi élevée ont tendance à se présenter d'une façon valorisante, se caractérisent par une inclination à accepter les risques, s'accorder beaucoup d'attention, et à se centrer sur la mise en évidence de leurs qualités. En revanche, les individus à faible estime de soi ont tendance à se présenter d'une façon auto protectrice, se caractérisent par une inclination à éviter les risques, à se centrer sur l'évitement de la mise en évidence de leurs défauts, et hésitent à se prêter attention.

L'origine de la plus part de ces différences à un rapport avec laquelle ces deux types d'individus se définissent. Les individus à estime de soi élevée ont tendance à se sentir sur des attributs qui les définissent alors que les individus à faible estime de soi manquent de précision dans leur connaissance de soi (Baumgardner .1990 ;Setterlund et Niendenthal, 1993). Cette certitude vis-à-vis de ce qu'ils sont à une importante conséquence sur la stabilité / instabilité de leur soi. Fort logiquement, les individus qui ont une forte estime de soi c'est -à-dire des individus surs de leur connaissance de soi, présentent de plus grande stabilité du soi alors que les individus à faible estime de soi, incertains sur ce que les caractérise, ont un soi beaucoup plus instable.

En conclusion, il apparaît que la stabilité / instabilité du soi dépend, pour une part non négligeable de la certitude que les individus possèdent pour ce qu'ils sont. En d'autre terme, plus l'estime de soi est forte plus est stable et insensible aux variables situationnelles ; moins cette estime de soi est faible plus elle est instable, donc sensibles aux caractéristiques situationnelles. **(Martinot Delphine, 1995, p, 37, 39, 41, 48, 50,51).**

3/ Les théorie de l'estime de soi :

3-1-La théorie de William James : quatre notions structurent ce modèle

1- La dichotomie entre le « soi-je » et le « soi-moi » ; le soi est une entité à l'intérieur de laquelle il existe une dichotomie : le « je » et le « moi ». Selon W. James, le « moi » est un agrégat empirique d'états à connaître objectivement .Le « je » qui connaît ne saurait, lui, être un agrégat : « c'est à la métaphysique qu'il appartiendra de nous dire enfin quel est ce connaisseur que l'expérience exige comme explication dernière des faits de connaissance » (James, 1909, P. 277 et 278). Le « je » serait le soi en tant qu'agent actif, le sujet de la connaissance. Il est considéré comme le soi subjectif. Le « moi » serait le soi en tant qu'objet de la connaissance la composante passive, le contenu étudié de l'expérience. On peut le voir comme le soi objectif. C'est ce « moi »qui prendra plus tard le nom de concept de soi.

2 –L'hypothèse d'un concept de soi multidimensionnel et hiérarchique.

3 –L'existence d'un soi social.

4- La définition de l'estime / concept de soi entant que rapport des réalisations les aspirations et qu'est fonction de l'importance subjective d'une activité donnée.

James affirme que dans la personne totale coexistent nécessairement et de manière indissociable, le « Je », sujet actif de l'expérience, et le « moi », contenu de cette expérience. Ainsi, le « Soi-Moi » objet de l'investigation, c'est –à-dire le concept de soi, est décomposé en trois dimension :

- Le « moi » matériel que constituent le corps, les vêtements, la famille le foyer, la propriété.
- Le « moi » social qui est la reconnaissance que l'individu tient d'autrui significatifs. Cet aspect du « moi » peut aussi représenter les jugements d'une autorité supérieure ou de dieu.
- Le « moi » spirituel qui renvoi à l'être intérieur de l'homme, ses facultés psychiques.

Ce dernier note que ces différents « soi-moi » pourraient ne pas parler de la même voix : « Tel jeune homme, modeste avec ses parents et ses maitres sacre et tranche du forban avec des amis lurons ...De la résulte un morcellement de la personnalité en différents moi qui peuvent se démentir les uns les autres » (**ibid., p. 231,232**).

Pour James l'évaluation de soi reflète les différents « moi » pondérés en fonction de leur importance subjective .L'individu, dans l'impossibilité de se présenter à tout moment dans sa totalité, sélectionne ce qu'il pense ou ressent être son soi le plus fort, le plus vrai, et le plus profond sur lequel il misera pour son salut. Cette multiplicité peut être harmonieuse ou discordante. Il aborde le conflit entre les différentes « moi » comme l'incompatibilité des rôles potentiels qu'une personne pourrait désirer jouer à l'âge adulte. Ainsi l'auteur fantasmant sur ses propres désirs d'être « à la fois un joli homme bien chair et égale habillé, un athlète de renom, un businessman gagnant cent million tous les ans » avoue que tous ces rôles ne peuvent coexister dans une même personne.

A propos de l'estime de soi qu'est le rapport des succès sur les prétentions, pour James l'estime de soi n'est pas tant fondée sur une échelle de réussites ou d'échecs que sur le rapport relatif de la réussite sur les aspirations. Dans cette perspective relativiste, les accomplissements objectifs sont réévalués en fonction d'une grille de lecture interne.

Pour l'auteur, le sentiment de soi que nous développons dépend de l'importance des investissements mis en jeu dans la réalisation de ce que nous avons décidé d'être ou de faire.

Les différents « moi » donnent naissance, par l'intermédiaire du « je » à des sentiments et les émotions qu'il nomme sentiment de soi. Ces derniers suscitent deux types d'action. Les premiers relèvent de la préservation de soi et du maintien dans le présent ; les secondes de la recherche de soi et de sa sauvegarde dans l'avenir.

On peut dire en résumé que la théorie développée par W-James est un principe d'interprétation du vécu selon lequel le soi est à la fois objet (soi-moi) et sujet (soi-je) de connaissance. L'objet de connaissance est une structure. Le sujet de la connaissance est un processus dynamique créateur d'émotions, de sentiment et d'actions.

On remarquera que W – James, dans la structuration de sa théorie, a véritablement ouvert la voie aux modèles du concept de soi les plus avancés en posant les hypothèses suivantes :

- La multi dimensionnalité du soi.
- Sa hiérarchie interne.
- L'articulation dynamique entre le soi qui voit (-je) et le soi qui est vu (moi) et ses conséquences immédiates :

a/ Les dimensions évaluatives versus descriptive.

b/ Le processus versus la structure.

c/ L'estime de soi versus le concept de soi.

d/ L'influence prépondérante de l'estime de soi sur le concept de soi dans l'évaluation relativiste des situations. (**Famose Jean Pierre, Florence Guérin, 2002, p.16...18**).

3-2- La théorie de Charle Cooley :

Pour cette théorie, le soi est considéré comme étant principalement une construction sociale, menée à travers des échanges linguistiques (l'interaction symbolique) avec d'autres. C'est dans ce processus que le soi est profondément structuré. Toute la théorie du soi miroir de Cooley tient dans ce distique désormais célèbre chez les chercheurs anglo-saxons : « Chacun pour chacun un miroir / permet à l'autre de se voir ». Pour lui, les autres significatifs constituent un miroir social que l'individu regarde et dans lequel il détecte leurs opinions sur lui-même. L'auteur prétend donc que nous sommes ce que les autres pensent de notre apparence, de notre caractère, de nos faits et gestes. L'individu finit par intégrer et s'approprier ces jugements. Cette idée de soi a trois composantes :

- Nous décrivons ce que nous imaginons que l'autre pense de nous.
- Nous imaginons le jugement que porte l'autre à notre égard après nous avoir observés.
- Nous tirons les conséquences du jugement que nous avons prêté à l'autre et nous éprouvons en conséquence un sentiment de soi comme la fierté ou la honte.

Pour Cooley, l'intériorisation des opinions d'autres sur le soi est un élément fondamental de la pensée. Elle se fait en fonction de modalités qui excluent toutes influences fugaces, disparates, par des autres significatifs. Ainsi, comme le rapporte S.Harter en citant Cooley, un individu possédant : « un respect de soi équilibré aura une façon stable de penser à son image de soi, et ne risquera pas d'être déstabilisé par des phases d'approbations ou de critiques. » (Famose Jean Pierre, 2002, p .18).

3-3- La théorie de George Herbert Mead :

Mead (1934), quant à lui, met l'accent avec plus d'insistance sur l'interaction sociale et se focalise tout particulièrement sur l'utilisation du langage. Tandis qu'une expression faciale peut être observée seulement par l'autre (à l'exception du miroir), le comportement vocal peut être entendu à la fois par celui qui parle et par l'auditeur. Par conséquent, c'est à travers l'utilisation du langage que l'individu développe l'habileté à prendre le rôle de l'autre non seulement d'une personne spécifique mais des groupes auquel il appartient : » Nous apparaissions comme nous même dans notre conduite dans la mesure où

nous adoptons l'attitude que les autres ont envers nous-mêmes prenons le rôle de l'autre généralisé ».

Le chercheur a travaillé sur l'enfance et a reconnu deux stades dans la construction de soi : le rôle (imitation des adultes) et le jeu (intégration des règles sociales). (**Famose Jean Pierre, 2002, P. 19**).

4 / Les différents piliers de soi :

1 / Amour de soi :

Résultat de la qualité et de la cohérence des nourritures affectives reçues par l'enfant, il donne des relations épanouissantes avec les autres une stabilité affective, résistance aux critiques ou rejets. L'absence de ce pilier entraîne des doutes sur les capacités personnelles à être apprécié par autrui, la conviction de ne pas être à la hauteur, image de soi médiocre même en cas de réussite matérielle. (**André Christophe, Lélord Français 2007**).

2/ Vision de soi :

Issu de la projection des parents sur l'enfant, il produit des ambitions et projet que l'on tente à réaliser avec résistance aux obstacles, la perte de ce pilier provoque un manque d'audace dans les choix existentiels, dépendance aux avis d'autrui, peu de persévérance dans les choix personnels. (**Ibid., 2007**)

3 / Confiance en soi :

C'est une composante de l'estime de soi avec laquelle, du reste, on la confond souvent, la confiance en soi s'applique surtout à nos actes. Être confiant, c'est penser que l'on est capable d'agir de manière adéquate dans les situations importantes.

La confiance en soi peut donc sembler moins fondamentale que l'amour de soi ou de la vision de soi, dont elle serait une séquence. C'est en partie vrai, mais son rôle nous semble primordial dans la mesure où l'estime de soi a besoin d'actes pour se maintenir ou se développer. (**André Christophe, Lélord François, 1999, P. 14**).

4 / Etre fier de soi :

C'est augmenter son sentiment de valeur personnelle à la suite d'un succès .L'estime de soi a besoin d'être nourri et par des réussites. (**André Christophe, Lelord François, 1999, P.196**).

5 / Identité personnelle ou le soi :

L'identité implique une définition de soi dans la sens ou-ci comporte, d'une part, l'idée de qui on est et renvoie, d'autre part, au sentiment de demeurer toujours le même, à travers que nous avons de nous-mêmes, c'est-à-dire une impression de continuité par rapport à soi, même si la vie et l'environnement changent. (**Ibid., 1999, P.194**).

Conclusion :

Nous concluons à travers ce qu'on a vu dans ce chapitre que l'estime de soi est une notion très importante de la vie d'un individu et qui peut néanmoins le mener vers la réussite.

CHAPITRE III

La méthodologie de recherche.

Préambule.

- 1- Présentation du terrain
- 2- La méthode de l'étude.
- 3- La pré-enquête
- 4- Présentation de l'échantillon
- 5- Les outils de l'étude.

Conclusion.

Préambule :

Pour faire une recherche, il faut effectuer les étapes fondamentales de la méthodologie pour bien comprendre le déroulement et la démarche qu'on va suivre, pour ceux on va essayer dans ce chapitre de présenter les étapes méthodologiques sur lesquelles on s'est basé.

1-Présentation du terrain :

Hôpital universitaire Frantz Fanon qui est situé au niveau de la wilaya de Bejaia dans lequel notre étude a durée de quatre semaines et les services dont il se dispose sont comme suite : Anatomie pathologique, Maxillo-faciale, Médecine de travail, Médecine légale, Néphrologie hémodialyse, Oto-rhino-laryngologie, Pneumologie phtisiologie et la Psychiatrie.

2-La méthode de l'étude :

Lorsqu'on est face à une recherche, les méthodes utilisées varient selon les sujets à traités et c'est ce qui impose au chercheur de suivre une méthode précise. Or, la méthode qu'on a utilisée dans notre recherche est une méthode clinique, qui selon **Chahraoui** est « une méthode qui permet par le moyen de recueille de données la compréhension de la personne totale en situation et en interaction.

La méthode clinique permet aussi l'observation profonde et continue des cas connaîtront que cette dernière se centre surtout sur la dynamique de la motivation de la personnalité et la compréhension des conflits psychologiques chez l'individu à partir de son histoire passée, arrivant à ses relations actuelles ». (**CHARAOUI Khadija, Benony Hervé, 2003. P. 125**).

3- la pré-enquête :

Notre étude s'est déroulé au cours du mois de Mars et Avril du 13 Mars 2014 au 13 Avril 2014 au centre hospitalier universitaire (CHU) de Frantz Fanon de Bejaia, les cas choisi dans notre étude ont été choisi au hasard qu'on a vu quatre fois par semaine ou ils sont habituellement suivis dans le but de recueillir des informations.

Notre pré-enquête nous a permet de :

- 1- Faire ou élaborer les questions de l'entretien semi-directif.
- 2- Choisir notre échantillon.
- 3- Tester la fiabilité des échelles.

4 -Présentation de l'échantillon :

4-1- Le choix de l'échantillon :

Notre échantillon d'étude est composé de cinq personnes adultes (homme et femme) qui ont une même souffrance. Le sujet élu dans l'échantillon exige que tous les sujets soient à l'âge adulte.

4-2- Critère d'inclusion :

Dans notre échantillon on s'est basé sur des personnes qui sont à l'âge adulte (femmes et hommes).

4-3- Critère d'exclusion :

On a préféré dans notre étude ne pas inclure des personnes adolescents, des enfants ou des sujets âgés, pas d'handicap et il ne faut pas aussi qu'ils souffrent d'une maladie organique.

5- les outils de l'étude :

5-1- L'entretien clinique :

« L'entretien clinique vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en ce centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation. Il permet d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet, ses difficultés de vie, les événements vécus, son histoire, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa vie intime, ses rêves et ses fantasmes » (**Benony Hervé, Charaoui Khadija, 1999, p. 11**).

Dans notre entretien on a utilisée deux échelles, l'échelle de Beck de la dépression et l'échelle de l'estime de soi pour adulte de **Cooper Smith**.

5-2- Définition et application de l'échelle de dépression de Beck :

Le BDI2 permet d'évaluer la sévérité de la dépression chez les patients (adulte et adolescent à partir de 16ans). Il a été élaboré comme un indicateur de la présence et de sévérité des symptômes dépressifs correspondant aux critères de DSM4 et non comme une mesure spécifique de diagnostique. Il faut être très prudent lorsqu'il est utilisé comme seul instrument diagnostique car la dépression peut être associée à des divers troubles diagnostiques primaires allant du trouble panique à la schizophrénie.

Bien que le BDI2 soit facile à administrer et à coter, seuls des professionnels possédant une bonne expérience clinique devait l'interpréter. **(Beck, A.T, Steer, R.A et Brown, G.H,Paris , 1998, p.46).**

Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes sentie au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encercler alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncé, vous en trouvez plusieurs qui semble décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encercler ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe N°16 (modification dans les habitudes de sommeil) et le groupe N°18 (modification de l'appétit). **(Bouvard, Cottraux,Paris, 2002, p.186).**

5-3- Définition et application de l'échelle d'estime de soi de Cooper Smith :

Pour mesurer le niveau d'estime de soi de notre population d'étude, on a privilégié un instrument Anglo-Saxon traduit, adapté puis validé par le centre de psychologie appliquée (CPA). Il s'agit de l'inventaire de l'estime de soi de COOPERSMITH (SEI).

L'inventaire d'estime de soi a été élaboré pour mesurer les attitudes évaluatives envers soi même dans le domaine social, familial, personnel et professionnel. Une échelle de mensonges a été ajoutée. Le SEI (Self Esteem Identity) comporte 58 Items, décrivant des sentiments, des opinions ou des réactions d'ordre individuel, auxquels le sujet doit répondre en cochant une case « Me ressemble » ou « Ne me ressemble pas ». Le test se présente sous

deux formes (scolaire et adulte). La composition de l'inventaire est indiquée dans les deux formes : échelle générale, sociale, familiale, professionnelle ou scolaire.

Cette échelle contient deux groupes de question : le premier groupe regroupe les questions positives (1, 4, 5, 8, 9, 14, 19, 20, 26, 27, 28, 29, 32, 33, 37, 38, 39, 41, 42, 43, 47, 50, 54, 58) le deuxième groupe regroupe les questions négatives (2, 3, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 21, 22, 23, 24, 25, 30, 31, 34, 35, 36, 40, 44, 45, 46, 48, 51, 52, 55, 56, 57).

Pour chaque question la femme doit répondre à l'une des deux propositions suivantes :

Me ressemble : (on note 1 si la femme répond aux questions du premier groupe, on note 0 si la femme répond aux questions du deuxième groupe).

Ne me ressemble pas : (on note 0 si la femme répond aux questions du premier groupe, on note 1 si la femme répond aux questions de deuxième groupe).

Les dimensions de l'échelle de l'estime de soi sont les suivantes :

- estime de soi basse : (Inférieur à 20).

- estime de soi moyenne : (20 à 40).

- estime de soi élevé : (40 à 50). (**Centre de psychologie appliquée (CPA), l'inventaire d'estime de soi S. COOPERSMITH, 1984, p. 3**)

Conclusion :

Une fois qu'on a accumulé ces étapes dans ce chapitre, nous concluons que toutes les étapes méthodologiques jouent un rôle très important pour bien mener une recherche et nous permettent d'obtenir des résultats scientifiques.

CHAPITRE IV

ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS

Analyse et discussion des résultats

- 1- Présentation et analyse des résultats
- 2- Discussion des hypothèses

1- Présentation et analyse des résultats :**Présentation et analyse du 1^{er} cas :**

Notre premier cas s'agit de Mme Horia âgée de 51ans, marié, mère de quatre enfants vivant et bien portant, niveau d'instruction (secondaire), elle est la 3eme d'une fratrie de 09 et elle est sans profession.

Notre sujet ne reconnaît pas le caractère pathologique de ses troubles. Elle été hospitalisé auparavant.

Analyse de donnée de l'entretien :

Lors de l'entretien, elle se présente avec une tenue vestimentaire correctement mise, propre mais avec une mimique anxieuse, humeur dépressive avec pleur, réveil matinal précoce, perte d'appétit, d'intérêt et dégoût vital, elle a le sentiment de dévalorisation et a fait une tentative de suicide. Elle nous dit « j'ai peur, je me sens pas bien ».

Notre sujet refuse totalement de manger et il est tout le temps stressé, il dit « depuis 30ans je veux me stabiliser, j'habite dans un petit appartement, et je suis en conflits avec ma belle-famille, le beau-père ne me parle pas et il est très sévère et la situation me gêne ». On comprend à travers ses dire que la patiente a besoin de l'autonomie.

La situation du sujet s'est empirée depuis le décès de son père avec lequel elle s'entendait très bien elle dit « j'étais la lors de son décès ».

Selon le sujet, sa maladie le prive de toutes ses activités qu'il aime faire avant comme la cuisine, les sorties, le chant...elle est totalement en retrait social « ...honnêtement, je n'ai pas le goût de vie or que, je n'étais pas comme ça ».

Présentation et analyse des résultats du test SEI :

Résultats du test	Générale	Sociale	Familiale	Professionnelle	Total	Mensonge	Niveau d'estime de soi
Cas : Horia	19	05	04	02	30	02	Très bas

Tableau : Résultats du test d'estime de soi de Horia

Les résultats indiquent que Horia présente un niveau d'estime de soi très bas (30). Par rapport aux échelles, elle a obtenu un score inférieur à la moyenne dans toutes les sous échelles, l'échelle générale (19), l'échelle sociale (05), l'échelle familiale (04), l'échelle professionnelle (02). En ce qui concerne l'échelle de mensonge Horia a eu aussi un score au-dessous de la moyenne (02), ce qui indique son attitude défensive par rapport au test, elle ne manifeste pas le désir de donner une bonne image de soi.

Le score que Horia a obtenu dans l'échelle familiale montre que sa relation avec sa famille est très mauvaise et c'est ce qui est indiquée dans sa note(04).

On remarque aussi la même chose dans l'échelle sociale, elle a obtenu un score au-dessous de la moyenne (05) ce qui montrent que notre sujet n'entame pas de bonne relations avec les autres.

Les résultats obtenus dans le test avec Horia montrent qu'elle a une attitude négative vis-à-vis du test et se considère comme inférieur.

Présentation et analyse des résultats de l'échelle de Beck :**Inventaire de dépression de Beck BDI II**

La dépression de Mme Horia est sévère avec une note d'un totale 33 situé entre (28 et 63) sur l'échelle de Beck.

Analyse de l'échelle de cas :

Les résultats obtenus dans l'échelle de Beck indiquent que le sujet est atteint d'une dépression sévère, par le fait que presque tous les énoncés existants dans l'échelle de cas de Horia sont considérés comme signes indicateurs de dépression.

On remarque que la majorité des scores se trouvent entre élevés et très élevés. C'est à dire que plusieurs signes montrent le cas dépressif du sujet.

On trouve huit énoncés qui comptent un score de 2 et trois énoncés qui comptent un score de 3 ce qui indique la position négative du sujet par rapport à l'échelle.

A l'énoncé N°4 qui compte un score de 2 on trouve qu'elle manifeste clairement une perte de plaisir.

On remarque que dans l'échelle de cas de Horia les énoncés qui se centrent sur le passé, l'énoncé N°3 sur l'échec dans le passé, l'énoncé N°6 sur le sentiment d'être puni et N°7 sur le sentiment négatif envers soi même, prennent les scores les plus élevés avec une note de 3.

Concernant les énoncés N°10 sur les pleurs, N°11 sur l'agitation, N°12 sur la perte d'intérêt, N°13 sur l'indécision, N°14 sur la dévalorisation qui comptent des scores de 2, font signe de malaise dans lequel on remarque aussi un état de malaise dans la perte d'intérêt pour le sexe dans l'énoncé N°21 qui comptent un score de 2.

Les énoncés qui montrent un score moins élevés avec un score de 1 qui représentent la tristesse, le pessimisme, le sentiment de culpabilité, l'attitude critique envers soi et la perte d'énergie.

Synthèse du cas :

En conclusion et d'après l'analyse de l'entretien de l'échelle de Beck indiquent que notre sujet souffre d'une dépression sévère et ceux concernant les résultats de l'échelle par le fait que toutes les réponses aux énoncés ont un score supérieur à 0, et on remarque que sa dépression se centre sur le sentiment d'avoir complètement raté sa vie ce qui démontre que son faible estime de soi a accentué la gravité de sa dépression.

Présentation et analyse du deuxième cas :

Il s'agit de monsieur Moussa âgé de 26ans, célibataire, niveau d'instruction (secondaire), sans profession, benjamin d'une fratrie de sept.

Analyse de donnée de l'entretien :

Notre sujet est hospitalisé après avoir essayé de se suicider. Ses antécédents familiaux : père décédé en 1990 qui est lui aussi suivi en psychiatrie, mère âgée de 65ans. C'est une personne qui prend du tabac à chic, ne fume pas, ne prend pas de cannabis et prise d'alcool occasionnelle.

Le premier contacte remonte à trois ans, marqué par une angoisse, le motivant à consulter chez un psychiatre qui le met sous traitement.

Notre sujet est une personne de grande taille, tenue vestimentaire à la limite de la propreté, mimique peu exprimé, humeur adapté au propos, contacte facile, rapportant des troubles.

Le sujet dit « je suis fatigué, je me sens pas bien, je suis angoissé, je n'ai pas d'avenir et c'est pour ça que je veux me suicider ». Il nous rapporte plusieurs tentatives de suicides, mais qui est stable sur le plan psychomoteur, pas d'activité délirante.

Présentation et analyse des résultats du test SEI :

Résultats du test	Général	Social	Familial	Professionnel	Total	Mensonge	Niveau d'estime de soi
Cas : Moussa	20	05	07	02	34	03	Bas

Tableau : Résultats du test d'estime de soi de Moussa

Les résultats obtenus indiquent que Moussa présente un niveau d'estime de soi bas (34) par rapport aux sous échelles, il a obtenu un score au-dessous de la moyenne dans l'échelle générale (20), l'échelle sociale (05) et l'échelle professionnelle (02).

Concernant l'échelle de mensonge, Moussa a eu un score proche de la moyenne (03) ce qui indique son attitude non défensive par rapport au test, il ne manifeste pas le désir de donner une bonne image de soi.

Dans l'échelle familiale, il a obtenu un score supérieur à la moyenne (07) ce qui indique que notre sujet entretient de très bonne relation avec sa famille.

Or, la note obtenue dans l'échelle sociale (05) montre que notre sujet n'a pas de bonne relation avec la société et sur le plan de l'échelle professionnelle notre sujet a eu un score au-dessous de la moyenne (02) ce qui montre qu'il a des difficultés dans le domaine du travail.

D'après les résultats obtenus à partir du test SEI, Moussa a développé une attitude négative vis-à-vis du test, notre sujet présente un niveau d'estime de soi bas, ce qui montre qu'il se considère comme inférieure et c'est ce qui explique l'impact de sa maladie (dépression) sur l'image qu'il porte sur sa propre personne.

Présentation et analyse des résultats de l'échelle de Beck :

La dépression de Mr Moussa est légère avec une note totale est égale à 19 situé entre (12 et 19) sur l'échelle de Beck.

Analyse de l'échelle du cas :

D'après les résultats obtenus dans l'échelle de Beck de Mr Moussa on constate qu'un grand nombre de réponses dans les énoncés indiquent que notre sujet souffre d'une dépression vu les scores obtenus dans chacun des énoncés.

On trouve à l'énoncé N°3 qui indique l'échec dans le passé, l'énoncé N°4 la perte de plaisir et le sentiment de culpabilité à l'énoncé N°5, l'énoncé N°8 attitude critique envers soi qui comptent un score de 1 pour chacun et on trouve des pensées ou désirs de suicide dans l'énoncé N°9 qui se caractérise par la dépression à risque suicidaire, on trouve aussi d'autres énoncés qui font signe de dépression mais à des scores moins élevés, qui sont l'énoncé N°11

sur l'agitation, l'énoncé N°12 sur la perte d'intérêt, la difficulté à se concentrer à l'énoncé N°19, la fatigue à l'énoncé N°20 et la perte d'intérêt pour le sexe à l'énoncé N°21. Or, on constate des modifications de l'appétit à l'énoncé N°18 qui compte un score de 1b. On trouve le sentiment d'être puni à l'énoncé N°6, l'irritabilité à l'énoncé N°17 et qui compte un score de 2 pour chacun. On remarque aussi que notre sujet souffre d'insomnie à l'énoncé N°16 qui compte un score de 3.

Synthèse du cas :

A travers l'analyse de l'entretien de l'échelle de Beck on constate que notre sujet souffre d'une dépression légère vu les résultats de l'échelle par le fait que la plus part des énoncés compte un score de 1, sa maladie se centre surtout le sentiment d'être inférieur par rapport aux autres.

Présentation et analyse du troisième cas :

Il s'agit de Mer Lounis, âgé de 35ans célibataire, niveau d'étude (secondaire). Il est le deuxième d'une fratrie de quatre et il travaille comme agent de sécurité.

Analyse de donnée de l'entretien :

Le trouble de notre sujet remonte à l'âge de 17ans alors qu'il faisait du sport il s'est fait blesser à l'épaule ce qu'il l'oblige à arrêter. Notre sujet entre au bureau de consultation avec une démarche normale, sa tenue vestimentaire est correctement mise, d'une humeur neutre, il n'a jamais vu de médecin psychiatre, ni de psychologue.

Notre sujet présente une insomnie et une perte d'appétit, il se plaint toujours d'avoir mal « j'ai consulté plusieurs spécialistes mais, il me dit à chaque fois que j'ai rien et c'est là que j'ai décidé de voir un psychiatre ».

Selon notre sujet sa maladie le prive de toutes les choses qu'il aimait faire avant comme le sport « je suis complètement isolé du monde, ma vie se limite du travail à la maison, je n'ai plus le goût de vivre »

Présentation et analyse des résultats du test SEI :

Résultat du test	Générale	Sociale	Familiale	Professionnelle	Total	Mensonge	Niveau d'estime de soi
Cas : Lounis	21	03	06	05	35	02	Bas

Tableau : Résultats du test d'estime de soi de Lounis

Les résultats obtenus indiquent que notre sujet présente un niveau d'estime de soi bas (35) par rapport aux sous échelles. Il a obtenu un score inférieur à la moyenne dans l'échelle : générale (21), sociale (03), échelle professionnelle (05) et pour l'échelle familiale.

Notre sujet est proche de la moyenne (06) ce qui indique qu'il a de bonnes relations avec sa famille.

Concernant l'échelle de mensonge notre sujet a eu un score inférieur à la moyenne (02) ce qui indique son attitude non défensive par rapport au test qui veut dire qu'il n'a pas une bonne image de soi.

Dans l'échelle sociale Lounis a obtenu un score inférieur à la moyenne (03) ce qui indique qu'il n'entretient pas de bonnes relations avec la société et les amis.

Vu les résultats obtenus dans le tableau ça montre que notre sujet a des pensées négatives de soi ce qui explique qu'il ne s'accepte comme il est c'est-à-dire que la « dépression » influence négativement son image sa propre valeur.

Présentation et analyse des résultats de l'échelle de Beck :

Le sujet souffre d'une dépression légère avec une note totale de 16 située entre (12 et 19) sur l'échelle de Beck.

Analyse de l'échelle de cas :

Les résultats obtenus dans l'échelle de Beck indiquent que Mr Lounis souffre d'une dépression légère, les signes de la dépression sur cette échelle sont divers. On trouve des signes qui ont un score bas, moyen et comme on note aussi un score très élevé.

Les énoncés qu'on trouve moins élevés sont l'énoncé N°5 sur le sentiment de culpabilité, N°13 sur l'indécision, N°14 sur la dévalorisation, N°16 sur les modifications dans les habitudes de sommeil et l'énoncé N°17 sur l'irritabilité qui ont tous un score de 1 dans lesquelles on remarque que tous ces énoncés se centrent sur l'estime de soi.

Les énoncés qu'on trouve plus élevés sont les énoncés N°3 échecs dans le passé, N°4 perte de plaisir, N°18 modifications de l'appétit qui compte un score de 2 et l'énoncé N°15 sur la perte d'énergie.

On trouve à travers tous ces énoncés que notre sujet se focalise beaucoup plus sur son estime de soi.

Synthèse du cas :

En conclusion l'analyse de l'entretien de l'échelle de Beck indique que notre sujet souffre d'une dépression légère vu les résultats de l'échelle et la dépression de notre cas peut être centrée sur son échec dans le passé, perte de plaisir la fatigue.

Présentation et analyse du quatrième cas :

Monsieur, Hamid âgé de 35ans, célibataire, niveau d'instruction universitaire, il est le quatrième d'une fratrie de cinq, il travaille comme conducteur de travaux.

Analyse de donnée de l'entretien :

Le trouble de monsieur Hamid remonte à l'âge de 27ans au début il ne faisait confiance à personnes «... je ne fais pas confiance aux autres mais après même la famille, j'aime beaucoup rester tout seul ». A l'entretien, le patient présente une humeur triste,

insomnie, perte d'intérêt mimique plutôt anxieuse, sa tenue vestimentaire est correctement mise, propre. Au début sa famille croyait qu'il prenait de la drogue, le sujet est devenu très violent même avec les voisins et si il décide de faire quelque chose personnes ne pouvait l'empêcher, sa famille décide alors de lui faire la « rokia » chose qui n'as pas donner de résultats et c'est là qu'ils ont pris la décision de le prendre chez un psychiatre qui le met sous traitement « ...un jour j'ai failler tuer la femme de mon frère, je ne me souvient plus très bien de ce qui s'est passé, d'ailleurs. »

« Je ne peux pas m'empêcher d'être hors de moi, je vois tout en noir, j'ai échoué dans ma vie ... ». Monsieur Hamid manque de confiance en lui, il ne s'estime pas compétant et pense qu'il ne vaut rien bien qu'il ait terminé major de sa promotion.

Malgré la maladie de monsieur Hamid, avec le soutien de sa famille il essaye au mieux de vivre sa vie.

Présentation et analyse des résultats du test SEI :

Résultats du test	Général	Social	Familial	Professionnel	Total	Mensonge	Niveau d'estime de soi
Cas : Hamid	20	04	07	05	36	03	Bas

Tableau : Résultats du test d'estime de soi Hamid

Les résultats obtenus indiquent que Hamid présente un niveau d'estime de soi bas (36) par rapport aux sous échelles, il a obtenu un score au dessous de la moyenne dans l'échelle générale (20), l'échelle sociale (04), l'échelle professionnelle (05). Concernant l'échelle de mensonge, Hamid a eu un score proche de la moyenne (03) ce qui indique son attitude non défensive par rapport au test, il ne manifeste pas le désir de donner une bonne image de soi.

Sur le plan familial notre sujet a eu un score supérieur à la moyenne (07) par rapport à sa valeur estimé qui est de (6,88) ce qui indique qu'il entretient de très bonne relation avec sa famille.

Le score obtenu dans l'échelle social (04), la note est inférieure à la moyenne ce qui montre que notre sujet n'a pas de bonne relation sur le plan social.

Dans le côté professionnel on constate que notre sujet a eu aussi un score inférieur à la moyenne (05) ce qui indique ses difficultés de s'adapter dans ses relations dans le domaine du travail.

D'après les résultats obtenus à partir du test SEI, Hamid a eu une attitude négative vis-à-vis du test, Hamid a présenté un niveau d'estime de soi bas, ce qui indique qu'il se considère comme inférieure et cela explique l'influence de sa maladie sur l'image qu'il porte sur sa propre personne.

Présentation et analyse des résultats de l'échelle de Beck :

Notre sujet souffre d'une dépression légère avec une note totale de 16 située entre (12 et 19) sur l'échelle de Beck.

Analyse de l'échelle du cas :

Dans le cas de Hamid plusieurs signes indiquent une dépression chez lui vu la majorité des réponses sur l'échelle.

Les signes indicateurs de la dépression notes sur l'échelle dans les énoncés N°1 sur la tristesse et l'énoncé N°2 sur le pessimisme qui comptent un score de 1.

On trouve le sentiment de culpabilité dans l'énoncé N°4 qui compte aussi un score de 1. A l'énoncé N°11 sur l'agitation et N°17 sur l'irritabilité.

On rajoute notamment comme signe de dépression l'indécision à l'énoncé N°13 qui compte un score de 1 la perte d'énergie à l'énoncé N°15 et la fatigue à l'énoncé N°20.

On constate que le sommeil et l'appétit chez le sujet sont aussi modifiés, pour le sommeil à l'énoncé N°16 et pour l'appétit à l'énoncé N°18 il répondait « j'ai un peu moins d'appétit que d'habitude » qui compte un score de 1.

Les pleurs de Mr Hamid se trouvent à un score de 2 à l'énoncé N°10 qui peut être lié à sa tristesse et son pessimisme.

Un autre signe indicateur de la dépression chez le sujet est remarqué d'un degré très élevé à l'énoncé N°12 sur la perte d'intérêt qui compte un score de 3 qui donc un élément marquant de la dépression chez le sujet.

Synthèse du cas :

En conclusion l'analyse de l'entretien de l'échelle de Beck indique que le sujet souffre d'une dépression légère, par le fait que la moitié de ses réponses comptent un score de 1. Sa dépression se focalise sur l'image qu'il porte sur sa propre personne.

Présentation et analyse du cinquième cas :

Notre dernier sujet s'agit de madame Nassima âgée de 45ans, mariée et mère de trois enfants, c'est l'aînée d'une fratrie de quatre, niveau d'instruction primaire et elle est sans profession.

Analyse de donnée de l'entretien :

Elle entre au bureau de consultation avec une tenue vestimentaire correctement mise, propre, mimique anxieuse, son discours est pauvre, humeur dépressive avec pleur, perte d'appétit, dégoût vital, insomnie.

Madame Nassima a vécu une enfance calme avec sa famille, elle n'a jamais présenté aucune maladie organique, ni psychologique et selon ses propos elle n'a jamais été hospitalisée. Son trouble a commencé depuis son mariage avec un cousin qu'elle a épousé de force et qui était plus âgé qu'elle «... sincèrement je le considère comme mon frère, je n'ai jamais envisagé de me marier avec lui et de nos jours il me traite mal, m'insulte et me frappe même. »

Madame, Nassima est totalement mise à l'écart par sa belle-famille mais refuse aussi d'en parler à sa famille ce qu'elle endure de peur qu'elle fasse des problèmes avec son père et son beau-père «...mon père et mon oncle se sont toujours bien entendus et je ne veux pas que ça soit moi qui casse la relation entre eux. »

Le comportement du mari est tellement mauvais en la frappant très souvent et ne supportant plus ses attitudes, elle se sent toujours inférieure or, elle est toujours triste, a perdu

le gout de vivre, se met en retrait sociale « ...j'ai tout raté dans ma vie, le dégoût et la tristesse m'empêche de faire ce que j'aime, j'ai totalement perdu confiance en moi... »

Le cas de cette femme est très délicat vu qu'elle refuse totalement de faire des efforts pour échapper à sa dépression.

Présentation et analyse des résultats du test SEI :

Résultat du test	Générale	Sociale	familiale	Professionnelle	Totale	Mensonge	Niveau d'estime de soi
Cas : Nassima	15	03	04	02	24	02	Très bas

Tableau : Résultats du test d'estime de soi Nassima

Les résultats indiquent que Nassima présente un niveau d'estime de soi très bas (24). Par rapport aux sous échelles, elle a obtenu un score au-dessous de la moyenne dans tous les échelles, générale(15), sociale(03), familiale(04) et professionnelle(02).

Concernant l'échelle de mensonge, notre sujet a eu un score inférieur à la moyenne (02), ce qui indique son attitude non défensive par rapport au test, elle ne manifeste pas un désir de donner une bonne image de soi.

Les résultats obtenus dans le test, telle que dans l'échelle sociale (03) qui est un niveau inférieur à la moyenne ce qui montre qu'elle n'a pas de bonne relations avec les amis et se met à l'écart de la société.

Les résultats de l'échelle familiale (04) qui est également inférieur à la moyenne ce qui montre que notre sujet n'entretient pas de bonne relations avec l'entourage familiale.

Ces résultats obtenus, montrent que Nassima a une attitude négative envers soi-même et la façon dont elle pense que les autres la perçoivent. Ces données expliquent que le sujet ne s'accepte pas sous l'impulsion de sa maladie qui influence négativement son image et sa valeur personnelle.

Présentation et analyse des résultats de l'échelle de Beck :

Le sujet souffre d'une dépression modérée avec une note totale de 20 située entre (20 et 28) sur l'échelle de Beck.

Analyse de l'échelle du cas :

D'après l'analyse de Mme Nassima les résultats indiquent qu'elle souffre d'une dépression modérée. On remarque que plusieurs réponses ont un score élevé, dans l'énoncé N°1 sur la tristesse à un score de (3) et l'énoncé N°2 sur le pessimisme qui compte aussi un score de (3).

On remarque aussi comme signe indicateur de la dépression chez le sujet, dans l'énoncé N°15 sur la perte d'énergie qui est aussi d'un score plus élevé si on le compare avec les énoncés N°12 sur la perte d'intérêt et N°20 sur la fatigue qui comptent un score de (0).

Un autre énoncé qui prend aussi un score élevé, à l'énoncé N°19 sur la difficulté à se concentrer qui compte un score de (3).

On trouve d'autres signes indicateurs de la dépression qui ne prennent pas des scores élevés que les précédentes mais un score aussi considérable qui sont : l'énoncé N°10 sur les pleurs, N°11 sur l'agitation et N°4 sur la perte de plaisir.

Les énoncés les moins élevés sont : l'énoncé N°3 sur l'échec dans le passé, l'énoncé N°5 sur le sentiment de culpabilité qui prennent un score de (1), mais qui sont aussi deux signes indicateurs de dépression mais à un degré faible.

Synthèse du cas :

Dans l'ensemble et d'après les résultats on trouve que notre sujet souffre d'une dépression modérée et ça revient aux résultats de l'échelle de Beck avec des scores relativement élevés et légers et ayant un total de 20 sur l'échelle.

2- Discussion des hypothèses :

Après avoir fait une analyse, cette partie sera consacrée à la discussion des hypothèses proposées au début de notre étude et les résultats obtenus dans la passation de l'échelle de la dépression de Beck et la passation de l'estime de soi de **Cooper Smith**.

La dépression bien liée à l'estime de soi qui la première se définit comme étant un état morbide plus au moins durable caractérisé essentiellement par la tristesse et d'une diminution du tonus et de l'énergie et la deuxième qui se définit comme étant la certitude intérieur de sa propre valeur, la conscience d'être un individu unique, d'être quelqu'un qui a des forces et des limites.

A travers l'analyse et l'interprétation des résultats obtenus dans l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith et l'échelle de Beck des cas étudiés, nous avons constaté que même si les sujets qui ont un niveau d'estime de soi bas, mais leurs degré de dépression est légère et c'est ce qui a été démontré dans le 2eme, 3eme et 4eme cas. On conclue que même si le niveau d'estime de soi est bas mais sa n'influe pas sur le degré de la gravité de la dépression.

On constate que le degré de la dépression est plus élevé chez les femmes par rapport aux hommes, on a obtenu une dépression sévère et un autre cas de dépression modérée, alors que les trois autres cas ont une dépression légère. Autrement dit, nous avons constaté que les sujets manquant d'un estime de soi induit à un manque de précision dans leurs connaissances de soi et une mauvaise appréciation dans leurs nouvelles images ce qui affecte négativement l'aspect psychique.

Les résultats obtenus dans le cadre de notre étude n'affirme pas notre hypothèse, néanmoins ces résultats méritent d'être prisent en considération avec un échantillon plus large afin que ses résultats puissent être généralisé.

CONCLUSION GENERALE

Conclusion :

Pour conclure, nous dirons que même si notre échantillon pris dans notre étude n'est pas large, notre objectif été de démontrer qu'un faible estime de soi engendre une dépression sévère, les résultats obtenus confirme et infirme d'autres mais on constate un lien fort entre l'estime de soi et la dépression c'est-à-dire que l'ensemble des sujets manquant d'un estime de soi souffrent d'une dépression.

Pour ceux afin de faire une étude dans notre thème, nous nous sommes basé sur une méthode et on a eu recours aussi à des outils qui soient aptes aux informations recherchées et pour recueillir des données on a fait référence à deux outils qui sont l'échelle d'estime de soi de Cooper Smith qui a pour but de mesurer le niveau d'estime de soi chez notre sujet et l'échelle de dépression de Beck qui a pour but de voire le degré de la dépression.

Cette étude nous a permet de voir la souffrance que peut vivre nos sujets, mais elle restera néanmoins incomplète et espérant qu'il y aura d'autres recherches qui vont prendre plus en considération ce thème afin d'améliorer la vie de ceux qui souffres de cette maladie et d'obtenir des résultats plus fiable toute on souhaitant avoir pu donner quelque chose.

BIBLIOGRAPHIE

La liste bibliographique :

- 1- Jean Louis Pedinielli, Bernoussi Amel, « Les états dépressif », Armand Colin, 2005.
- 2- *Philippe pignarre Comment la dépression est devenue une épidémie*, Paris, La Découverte, 2001.
- 3- Martinot Delphine, *Le Soi : Les approches psychosociales* Broché – 1 octobre 1995
- 4- Angers Maurice, « Initiation pratique à la méthode des sciences humaines » Ed Casbah, Alger, 1997.
- 5- Pierre G. Coslin « Psychologie de l'adolescent » Armand Colin. Paris 2003.

- 6- Christophe André, François Lelord, « L'estime de soi, s'aimer pour mieux vivre avec les autres », Odile Jacob, Paris, 1999.
- 7- Américain Psychiatrique Association. DSM4 manuelle diagnostique et statistique des troubles mentaux », 4eme édition, Masson, Paris, 2003.
- 8- Darcout G. Dépression du sujet âgé, In « La maladie dépressive », Ed CIBA, France, 1983.
- 9- Chevalier IF, Hardy M.C, les dépressions chroniques, In, «La maladie dépressive », Ed CIBA, France, 1983.
- 10- Daniel Marcelli, Elise Berthaut, « Dépression et tentative de suicide à l'adolescence », Masson, Paris, 2001.
- 11- Cooper Smith, « Inventaire d'estime de soi », Les édition du centre de psychologie appliquée, 1984.
- 12- Germain Duclos, « L'estime de soi un passeport pour la vie », édition de l'hôpital de Saint-Justine, Québec, 2004.
- 13- Jean-Famous, Florence Guerin, « La connaissance de soi en psychologie de l'éducation physique et du sport », Armand Colin, Paris, 2002.
- 14- Chahraoui Khadija, Benony Hervé, « Méthode, évaluation et recherche en psychologie clinique », Dunod, Paris, 2003.
- 15- Beck, A.T, Steer, R.A et Brown, G.H, Paris , 1998).
- 16- Jean Cottraux, « Guérir vite : soigner les angoisses, la dépression, les phobies par les TCC », Hachette, 2005.
- 17- Saint Paul Josiane, «Estime de soi, confiance en soi », Inter édition, Paris, 1999.

La liste de dictionnaires :

- 1- Nibert Sillamy, « Dictionnaire de psychologie ». Edition Larousse, Paris, 1999.
- 2- Le grand dictionnaire de la psychologie, 1999.
- 3- Le dictionnaire médical, 2009.

ANNEXES

Annexe n°01 : Guide de l'entretien :

➤ Information personnelle :

Nom et Prénom

Age

Sexe

Statut matrimonial

Profession

Niveau d'étude

➤ Information sur la personnalité morbide :

La relation avec la famille

Les relations avec les autres

Les relations au travail

Ses loisirs

➤ Information sur la maladie :

Le début de la maladie

L'élément déclenchant

Le nombre d'hospitalisation

La cause d'hospitalisation

➤ Antécédent familial :

Sa relation avec sa famille

Sa relation avec les amis (es)

Ses loisirs

Sa relation au travail

➤ **Antécédent personnel :**

Chirurgie

Prise de substances (alcool, drogue....)

Annexe n°02 : échelle d'estime de soi de Cooper Smith forme adulte

INVENTAIRE d'ESTIME DE SOI COOPERSMITH

FORME ADULTE SEI

NOM :

PRENOM :

AGE :

SEXE :

DATE DE

L'EXAMEN :

PROFESSION :

NIVEAU D'ETUDE :

CONSIGNE :

Dans les pages qui suivent, vous trouverez des phrases qui expriment des sentiments, des opinions ou des réactions. Vous lirez attentivement chacune de ses phrases.

Quand une phrase vous semblera exprimer votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de la première colonne intitulée « Me ressemble ».

Quand une phrase n'exprime pas votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de la deuxième colonne intitulée « Me ressemble pas ».

Efforcez-vous de répondre à toutes les phrases même si certains choix vous paraissent difficiles.

Remarque :

Nous serons reconnaissants que vous répondiez avec sincérité et fidélité à cette échelle, sachant que vos réponses ont pour objectif la réalisation d'une recherche scientifique. Nous vous remercions à l'avance de votre collaboration à cette recherche.

Annexe n°03 : Echelle de Beck (BDI-2)

BDI-2

SITUATION DE FAMILLE

NOM : marié(e)

AGE : divorcé(e)

SEXE : séparé(e)

Niveau d'étude :

Vivant maritalement

Veuf (Ve)

Célibataire

Consigne :

Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin de ces groupes puis dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi si, dans un groupe d'énoncé, vous en trouvez plusieurs qui semble décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe n°06(modification dans les habitudes de sommeil) et le groupe n°18(modification de l'appétit).

1-Tristesse :

0 Je ne me sens pas triste

1 Je me sens très souvent triste

2 Je suis tout le temps triste

3 Je suis si triste ou si malheureux (se), que ce n'est pas supportable

2- Pessimisme :

- 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir
- 1 Je me sens plus découragé face à mon avenir
- 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi
- 3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer

3- Echec dans le passé :

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un (e) raté
- 1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais du
- 2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs
- 3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie

4- Perte de plaisir :

- 0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent
- 1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant
- 2 Je trouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisent habituellement
- 3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisent habituellement

5- Sentiment de culpabilité :

- 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable
- 1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai fait ou que j'aurais du faire
- 2 Je me sens coupable la plus part du temps
- 3 Je me sens tout le temps coupable

6- Sentiment d'être puni(e) :

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e) je sens que je pourrais être puni(e)

1 Je suis déçu(e) par moi-même

2 Je ne m'aime pas du tout

7- Sentiment négatifs envers soi- même :

0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé

1 J'ai perdu confiance en moi je suis déçu(e) par moi-même

2 Je ne m'aime pas du tout

8- Attitude critique envers soi :

0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude

1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais

2 Je me reproche tous mes défauts

3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent

9- Pensées ou désir de suicide :

0 Je ne pense pas du tout à me suicider

1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas

2 J'aimerais me suicider

3 Je me suiciderai si l'occasion se présentait

10- Pleurs :

0 Je ne pleure pas plus qu'avant

1 Je pleure plus qu'avant

2 Je pleure pour la moindre petite chose

3 Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable

11- Agitation :

0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude

1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude

2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose

12- Perte d'intérêt :

0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités

1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses

2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses

3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit

13- Indécision :

0 Je prends des décisions aussi bien qu'avant

1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions

2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions

3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision

14- Dévalorisation :

0 Je pense être quelqu'un de valable

1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant

2 Je me sens moins valable que les autres

3 Je sens que je ne vaudrais rien

15- Perte d'énergie :

0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant

1 J'ai moins d'énergie qu'avant

2 Je n'ai pas assez d'énergie pour faire grand-chose

3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit

16- Modification dans les habitudes de sommeil :

0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé

1a Je dors un peu plus que d'habitude

1b Je dors un peu moins que d'habitude

2a Je dors beaucoup plus que d'habitude

2b Je dors beaucoup moins que d'habitude

3a Je dors presque toute la journée

3b Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir

17- Irritabilité :

0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude

1 Je suis plus irritable que d'habitude

2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude

3 Je suis constamment irritable

18- Modification de l'appétit :

0 Mon appétit n'a pas changé

1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude

1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude

2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude

2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude

3a Je n'ai pas d'appétit du tout

3b J'ai constamment envie de manger

19- Difficulté à se concentrer :

- 0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant
- 1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude
- 2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit
- 3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit

20- Fatigue :

- 0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude
- 1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude
- 2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant
- 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant

21- Perte d'intérêt pour le sexe :

- 0 Je n'ai pas noté de changement récent de mon intérêt pour le sexe
- 1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant
- 2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe

Le tableau récapitulatif des résultats entretenus pour les cinq cas :

	Niveau d'estime de soi	Type de dépression
1^{er} cas	Très bas	Dépression sévère
2eme cas	Bas	Dépression légère
3eme cas	Bas	Dépression légère
4eme cas	Bas	Dépression légère
5eme cas	Très bas	Dépression modérée