

MÉMOIRE ORIGINAL

# Étude comparative de l'expérience émotionnelle subjective chez des adolescents présentant une symptomatologie dépressive associée ou non à des conduites à risques

*Comparative study of the subjective emotional experience among adolescents showing depressive symptoms associated or not with risk-taking behavior*

V. Bréjard<sup>a,\*</sup>, A. Pasquier<sup>b</sup>, A. Bonnet<sup>c</sup>, J.-L. Pardinielli<sup>c</sup>

<sup>a</sup> UFR psychologie sciences de l'éducation, laboratoire PsyCLE (EA 3273), Aix-Marseille universités, 29, avenue Robert-Schuman, 13621 Aix-en-Provence cedex 1, France

<sup>b</sup> IUFM d'Aix-Marseille, laboratoire LPCP (EA 3278), Aix-Marseille universités, 29, avenue Robert-Schuman, 13621 Aix-en-Provence cedex 1, France

<sup>c</sup> UFR psychologie sciences de l'éducation, laboratoire LPCP (EA 3278), Aix-Marseille universités, 29, avenue Robert-Schuman, 13621 Aix-en-Provence cedex 1, France

Reçu le 10 mars 2010 ; accepté le 27 août 2010

Disponible sur Internet le 8 février 2011

## MOTS CLÉS

Adolescence ;  
Conscience  
émotionnelle ;  
Conduites à risques ;  
Dépression ;  
Comorbidité

**Résumé** Prise de risque et dépression à l'adolescence constituent un problème pour le psychopathe, au sens où leurs relations peuvent être interprétées de différentes manières : comportements signant l'échec de la lutte contre la dépression ou encore dépression secondaire, voire « réactionnelle » aux conséquences négatives de ceux-ci, ou simple association. Un certain nombre de travaux ont souligné le rôle des émotions et de leurs dysfonctionnements comme facteurs associés ou explicatifs de celle-ci. L'objectif de cette étude était de caractériser les relations entretenues par ces deux troubles en utilisant une approche comparative. À cette fin, à partir d'un échantillon de 488 adolescents, quatre groupes ont été constitués : deux groupes monosymptomatiques présentant soit des conduites à risques, soit une symptomatologie dépressive, un groupe présentant une association des deux troubles, et un groupe témoin sans dépression ni conduites à risques avérées. Les participants ont complété une série d'auto-évaluations de la dépression (CES-D), des conduites à risques (YRBSS), du niveau de conscience émotionnelle (LEAS), et de l'intensité émotionnelle subjective (DES). Les résultats obtenus permettent de caractériser chaque groupe par une articulation spécifique du niveau de conscience émotionnelle (NCE) et de l'intensité émotionnelle subjective, particulièrement dans le cas des

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [vincent.brejard@univ-provence.fr](mailto:vincent.brejard@univ-provence.fr) (V. Bréjard).

**KEYWORDS**

Adolescence;  
Emotional awareness;  
Depression;  
Risk-taking;  
Comorbidity

émotions négatives. Ces résultats peuvent être interprétés comme liés à un arrêt développemental chez les adolescents à différents niveaux de conscience émotionnelle amenant à des dysfonctionnements spécifiques dans les capacités à utiliser l'information émotionnelle afin de s'adapter à l'environnement.

© L'Encéphale, Paris, 2010.

**Summary**

*Introduction.* – Relationships between risk-taking behavior and depressive disorders in young people are considered as a complex psychopathological problem. Previous findings showed strong correlations between substance abuse, risk-taking behavior and depressive symptoms. Nevertheless, questions remain concerning potential common factors of depression and risk-taking behavior. Besides research focusing on personality dimensions, some others highlight the role played by emotions and their pathological aspects. In these studies, pathological emotional processing such as alexithymia or specific deficit in emotional intensity was linked to both risk-taking behavior and depressive disorders. The aim of this study was to investigate potential specific emotional profiles of adolescents engaged in pathological risk-taking or depressive symptomatology, versus adolescents presenting an association of both.

*Method.* – Four hundred and eighty-eight adolescents ( $m_{age} = 14,93$ ,  $SD = 1,44$ ), with 257 boys ( $m_{age} = 15$ ,  $SD = 1,51$ ) and 231 girls ( $m_{age} = 14,52$ ,  $SD = 1,23$ ), were spread into four groups: adolescents engaged in high level risk-taking, adolescents showing both high risk-taking and high depressive symptoms, depressed adolescents, and a control group without any pathological aspects. The four groups completed a set of three assessments: Youth Risk Behavior Surveillance Scale (YRBSS), Level of Emotional Awareness Scale (LEAS) and Differential Emotional Scale (DES).

*Results.* – Adolescents engaged in risk-taking have the lowest level of emotional awareness and subjective emotional intensity, while adolescents of the second group (depression with risk-taking behavior) have a higher level on both measures. Depressed adolescents present the highest score of emotional awareness within the pathological groups, lower than controls. Paradoxically, their ability to represent themselves others' emotions were higher than the control group, just as the intensity of their subjective emotional experience in case of negative emotions.

*Discussion.* – The results may be explained by a specific developmental hypothesis, in which emotional awareness growth from the early period of life to late childhood, allowing children to gradually experiment more and more complex subjective emotional experiences. However, early exposure to traumatic experiences or inadequate environment may lead to developmental arrests, in which emotional awareness is weak. In this case, a lack of emotional information caused by low emotional awareness may have pathological issues, in terms of depression and risk-taking behavior. Clinical implications of this interpretation are discussed.

© L'Encéphale, Paris, 2010.

**Introduction**

L'adolescence est une période du développement riche en changements physiques et psychologiques. Ces profonds remaniements créent une vulnérabilité à présenter des troubles psychopathologiques, parmi lesquels la dépression et les comportements à risques représentent deux tableaux fréquemment rencontrés. Pour un certain nombre d'adolescents, on retrouve une comorbidité entre symptomatologie dépressive et expression comportementale telle que l'abus de substances, la prise de risques ou encore l'agressivité. D'un point de vue clinique, les conduites de mise en danger sont fréquemment associées aux troubles de l'humeur, comme le soulignent plusieurs études [25,34,41]. Plus précisément, la dépression serait en cause dans l'engagement dans des conduites à risques, notamment dans l'abus de substances ou la sexualité à risque [2,23]. Cependant, ces données ne permettent pas de préciser si le trouble dépressif était antérieur aux conduites à risques, et s'il est survenu parallèlement ou secondairement. Dans

l'exemple de la dépendance tabagique, les adolescents fumeurs ont deux fois plus de risques de présenter un trouble dépressif sur un an, alors qu'un trouble dépressif constitue inversement un facteur de vulnérabilité à la consommation de substances [5]. Cette association entre dépression et consommation de substances pourrait s'expliquer par le fait qu'elles partagent des facteurs de risques, tels que les antécédents de consommation de produits dans la fratrie par exemple, ou encore, des facteurs psychosociaux tels que des troubles internalisés (anxiété-dépression dans l'enfance, sentiment de rejet vis-à-vis des pairs...) ou externalisés (instabilité comportementale, troubles de la concentration et agressivité). Les premiers sont supposés favoriser préférentiellement une dépression à l'adolescence, tandis que les seconds seraient plus volontiers liés à la consommation de substances. De plus, on retrouve dans 36 à 80 % des cas selon les études, une comorbidité entre symptômes dépressifs et comportements tels que école buissonnière, vol, fugue, violence verbale et comportementale [15]. Parmi les différents facteurs de vulnérabilité à présenter des troubles

dépressifs et des conduites à risques à l'adolescence, le rôle des émotions et plus particulièrement celui de l'éprouvé subjectif et de l'intensité de celui-ci ont été soulignés.

### Émotion et troubles psychopathologiques : dépression et expression comportementale

Certains dysfonctionnements émotionnels ont été retrouvés dans les pathologies dépressives et les addictions. Plus précisément, les relations de l'alexithymie, littéralement « absence de mots pour décrire les émotions » [38], avec ces deux groupes de troubles ont fait l'objet de nombreux travaux. Ainsi, les sujets alexithymiques présenteraient une tendance à ressentir les émotions avec une intensité inférieure à la normale, tout en présentant une humeur dépressive accentuée [21,31]. Dans le champ des conduites pathologiques, telles que les addictions, l'alexithymie a fait l'objet de nombreuses contributions. L'association entre alexithymie et trouble de l'humeur a été régulièrement retrouvée dans les conduites addictives et d'abus de substances. Un fonctionnement alexithymique est ainsi lié à la dépression chez une proportion significative de patients présentant une dépendance à l'alcool [19]. Alexithymie et dépression sont également observées de manière concomitante dans la dépendance au tabac [24] ainsi qu'aux substances psychoactives hors alcool [30,40].

Dans cette perspective, et afin de formuler une hypothèse étiologique de différents troubles émotionnels (notamment alexithymie et anhédonie), Lane et Schwartz ont mis l'accent sur la représentation – consciente – de l'expérience émotionnelle en se référant aux conceptions développementales issues des travaux de Piaget et de Werner [27,28]. Pour eux, la conscience émotionnelle se développerait progressivement d'une manière similaire au développement intellectuel, passant par une succession de niveaux hiérarchiques allant du plus simple au plus élaboré, en cinq phases. La conscience émotionnelle serait à l'origine, stade « sensorimoteur réflexe », la perception d'un niveau plus ou moins élevé d'activation physiologique, de sensations indifférenciées. Au second stade « sensorimoteur », les éprouvés encore peu discriminés conduiraient essentiellement à des tendances à l'action. Au troisième niveau « préopérateur », seules les émotions « basiques » seraient identifiées et discriminées. Le niveau suivant, « opératoire concret », verrait l'avènement d'émotions différenciées, alors que le cinquième et dernier niveau « opératoire formel » correspondrait à la capacité à expérimenter et reconnaître des états émotionnels complexes et différenciés, tant chez soi-même que chez autrui. Cette conception permet ainsi d'expliquer certains déficits émotionnels par des arrêts développementaux à des niveaux où l'expérience émotionnelle ne fait l'objet que d'une faible différenciation, notamment dans le cas de l'alexithymie ou du *coping* répressif comme le proposent Lane et al. [29]. Le concept de conscience émotionnelle a montré son intérêt dans différentes études portant sur des entités cliniques variées telles que les troubles dépressifs, anxieux [13,32], les troubles des conduites alimentaires [9,18], ou encore la dépendance à l'alcool [4] et la polytoxicomanie [22]. La conscience émotionnelle a également fait

l'objet d'investigations dans les troubles internalisés chez l'enfant, où un faible NCE a été observé [36], ainsi que chez l'adolescent où des capacités limitées dans le traitement de l'information émotionnelle ont été mises en évidence chez les adolescents engagés dans des prises de risques répétées [20].

L'expérience émotionnelle est également impliquée dans la dépression et les conduites à risques à travers l'intensité émotionnelle ressentie, et plus spécifiquement dans le cas des émotions négatives. Les adolescents déprimés ont tendance à expérimenter des émotions négatives de manière plus fréquente et plus intense que les sujets non déprimés [16]. De plus, dans une étude portant sur 152 adolescents, Silk et al. ont mis en évidence que des stratégies de régulation émotionnelle peu efficaces pour réguler les émotions négatives (de type déni ou rumination) étaient significativement liées à des niveaux élevés de dépression et de comportements problématiques [39].

Suite à ces différents éléments issus de travaux antérieurs, nous avons souhaité caractériser les adolescents présentant des conduites à risques sans thymie dépressive, des conduites à risques avec thymie dépressive, et une thymie dépressive sans conduites à risques, sur le plan du niveau de conscience émotionnelle (NCE) et de l'intensité de l'expérience émotionnelle subjective.

À notre sens, les conduites à risques seraient déterminées par un faible NCE associé à une faible intensité émotionnelle ressentie, alors que la dépression serait plutôt liée à une faible conscience émotionnelle – quoique supérieure à celle des sujets preneurs de risque – et à une forte intensité émotionnelle négative.

Notre hypothèse est qu'il existe, à l'échelle de niveaux de conscience émotionnelle et à l'évaluation de l'intensité émotionnelle, des différences significatives entre les trois typologies symptomatiques précitées. De plus, ces différences seront ordonnées par ordre croissant : adolescents preneurs de risques sans symptômes dépressifs, adolescents présentant une comorbidité conduites à risques/symptômes dépressifs, adolescents dépressifs, et adolescents témoin (sans troubles avérés).

## Méthode

### Participants

Nous avons constitué un échantillon de 488 adolescents (âge moyen = 14,93 ± 1,44) à partir d'établissements du secondaire (classes de cinquième à troisième de collège, de filières quatrième et troisième SEGPA et de seconde à terminale de lycée d'enseignement général et de lycée professionnel). Les adolescents ont été rencontrés par l'expérimentateur ou ses collaborateurs en classe et leur accord écrit, ainsi que celui de leurs parents et du chef d'établissement, a été demandé après explication des objectifs de l'étude, en précisant qu'à tout moment ils pouvaient se retirer de l'étude. Cinq cent soixante-cinq adolescents ont été contactés, et seuls 488 ont retourné des questionnaires exploitables (86,37%). Ainsi, 257 garçons (âge moyen = 15,38 ± 1,51) et 231 filles (âge moyen = 14,52 ± 1,23) ont participé à l'étude. Le recueil des données s'est déroulé de septembre 2003 à juin 2004. Les

passations se déroulaient collectivement en notre présence ou celle de deux collaborateurs.

## Évaluations

L'évaluation des conduites à risques a été réalisée avec la forme abrégée de l'échelle d'évaluation des risques chez les jeunes (Youth Risk Behavior Surveillance Scale) [1]. Il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation en dix items à choix forcé de type vrai/faux. Il n'existe à ce jour pas de traduction française de cet instrument, ce qui nous a amené à effectuer la traduction en double-sens : anglais-français et français-anglais. Dix items ont été ajoutés afin d'étendre l'évaluation au cadre scolaire. Les qualités psychométriques de l'outil se sont révélées satisfaisantes (alpha de Cronbach = 0,71).

La présence d'un état dépressif a été évaluée avec la CES-D (échelle de dépression du Centre d'études épidémiologiques) [35]. Elle a été traduite en français [17] et ses propriétés psychométriques ont été étudiées avec un échantillon d'adolescents [11].

La conscience émotionnelle a été mesurée par la Level of Emotional Awareness Scale (LEAS) ou échelle de NCE. Elle est composée de 20 items décrivant une scène amenant le sujet à s'imaginer en interaction avec une autre personne, dans le cadre d'une situation issue du quotidien. Le sujet doit répondre par deux descriptions portant sur l'état émotionnel ressenti : l'une commençant la phrase par « je me sentirais ou je ressentirai... » et l'autre par « l'autre personne ressentirait ou se sentirait... ». Deux sous-échelles permettent ainsi d'obtenir une évaluation des capacités du sujet à être conscient de ses états émotionnels (échelle Soi), ainsi que de ses capacités à les conceptualiser chez autrui (échelle Autrui). Les réponses émotionnelles sont cotées avec une grille comportant une liste de termes émotionnels et une note précise cette cotation. Les réponses sont cotées de 0 à 5 et permettent d'obtenir un score général compris entre 0 et 100. Les qualités psychométriques de l'instrument apparaissent satisfaisantes [10,26]. Notre échantillon étant composé d'adolescents, nous avons utilisé une forme adaptée de l'échelle, déjà utilisée précédemment. [7]. Dans cette forme modifiée, la consistance interne pour cette étude est congruente avec celle obtenue dans la forme initiale (alpha de Cronbach = 0,83) [26].

Afin de disposer d'une comparaison fiable entre les expérimentateurs, 25 % du protocole a fait l'objet d'une double cotation, ce qui a permis de calculer une corrélation entre les deux séries de 0,92, semblable aux travaux francophones déjà publiés.

L'intensité de l'éprouvé subjectif a été évaluée avec l'échelle d'émotions différentielle d'Izard afin d'évaluer la qualité et l'intensité de l'éprouvé subjectif en auto-évaluation. Elle est constituée de 40 items correspondant à dix émotions fondamentales. Elle a été traduite et validée en français par Ouss et al. [33]. L'échelle a été complétée deux fois : une fois après une description écrite d'un événement positif, puis une seconde après celle d'un événement négatif. Deux scores pour chaque événement ont été calculés par additions des scores aux émotions négatives et aux émotions positives.

## Procédure

Nous avons constitué quatre groupes en croisant l'évaluation des conduites à risques (codée NC, si inférieure à la médiane de 7, ou présence codée C) avec celle de la dépression (absence codée ND ou présence codée D, avec un seuil de 26 [11]). Ces quatre groupes ont été codés comme suit : adolescents présentant des conduites à risques sans trouble dépressif (CND), adolescents présentant des conduites à risques et un trouble dépressif (CD), adolescents ne présentant pas de conduites à risques mais un trouble dépressif (NCD), adolescents sans troubles comportementaux ni dépressif (NCND).

Afin de valider notre hypothèse, nous avons procédé à une analyse multiple de variance (Manova) avec test post-hoc LSD. La variable indépendante était le type de groupe et les variables dépendantes correspondaient aux niveaux de conscience émotionnelle (soi, autrui, total), et d'intensité émotionnelle (émotions positives, négatives, cas d'un événement positif et négatif). L'âge a été entré comme covariable et le sexe a été contrôlé. Les traitements statistiques ont été réalisés avec le logiciel SPSS 11.5.

## Résultats

Une partie des statistiques descriptives a déjà été présentée ailleurs (Bréjard et al., en révision). Cependant, une autre partie, ainsi que les analyses multivariées présentées ici sont originales.

### Analyses descriptives

On observe (Tableau 1) que les adolescents présentent un niveau supérieur de conduites à risques ( $t=2$ ,  $p=0,05$ ), tandis que les adolescentes présentent un niveau supérieur de dépression ( $t=-2,61$ ,  $p=0,01$ ). De même, les filles ont un NCE supérieur aux garçons ( $t=-3,51$ ,  $p>0,001$ ), et déclarent ressentir les émotions positives (cas d'un événement positif) et négatives (cas d'un événement négatif) de manière plus intense.

### Différences intergroupes

Pour toutes les analyses, le sexe et l'âge ont été contrôlés, et n'ont pas produit d'effets significatifs, sauf mentionnés dans le texte.

#### Niveau de conscience émotionnelle

Les résultats sont présentés dans le Tableau 2. Nous avons analysé l'effet du type de groupe sur le NCE global, et avons pu observer qu'il était significatif ( $F[3,479]=84,83$ ;  $p<0,0001$ ). Quand on examine les différences intergroupes, on constate que les adolescents du groupe CND ont le NCE le plus bas ( $m_{CND}=37,25\pm 3,24$ ). Les adolescents du groupe mixte, noté CD, obtiennent un score supérieur ( $m_{CD}=45,45\pm 4,44$ ) au groupe CND, mais inférieur aux adolescents des deux autres groupes. Le groupe des adolescents NCD a quant à lui un score supérieur aux deux groupes d'adolescents présentant des conduites à risques ( $m_{NCD}=47,07\pm 4,27$ ). Le groupe témoin a le NCE le plus élevé ( $m_{NCND}=50,76\pm 5,94$ ).

**Tableau 1** Statistiques descriptives et différences intersexes aux variables de l'étude.

	Total		F		G		t (2,486)	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
Conduites à risques	2,26	(2,33)	2,06	(2,28)	2,48	(2,38)	2,00	0,05
Dépression	18,7	(10,20)	19,84	(10,96)	17,44	(9,14)	-2,61	0,01
NCE Soi	42,62	(6,47)	43,57	(6,67)	41,57	(6,09)	-3,45	< 0,001
NCE Autrui	39,14	(7,23)	40,15	(7,07)	38,02	(7,26)	-3,27	0,00
NCE Général	47,72	(6,30)	48,65	(6,44)	46,67	(5,99)	-3,51	< 0,001
IE+ situation positive	9,5	(3,06)	9,79	(2,82)	9,17	(3,28)	-2,25	0,03
IE- situation positive	7,72	(9,55)	8,39	(9,69)	6,97	(9,35)	-1,64	0,10
AE situation positive	9,53	(4,81)	9,74	(4,59)	9,31	(5,04)	-0,98	0,33
IE+ situation négative	1,29	(2,77)	1,23	(2,75)	1,35	(2,79)	0,48	0,63
IE- situation négative	33,76	(10,55)	34,81	(10,47)	32,59	(10,54)	-2,34	0,02
AE situation négative	7,73	(4,19)	7,44	(4,09)	8,05	(4,28)	1,59	0,11

NCE : niveau de conscience émotionnelle ; IE+ : intensité émotionnelle émotions positives ; IE- : intensité émotionnelle émotions négatives ; AE : activation émotionnelle.

Nous avons également analysé les sous-scores à l'échelle de NCE. Il existe un effet du sexe ( $F[1,479]=4,87$ ;  $p=0,027$ ). Mais cet effet n'est pas dépendant de la variable groupe, pour laquelle on observe un effet principal ( $F[3,479]=48,84$ ;  $p<0,0001$ ). Les résultats montrent néanmoins que cet effet n'est pas retrouvé dans toutes les différences intergroupes. En effet, si le groupe CND a un score moyen ( $m_{CND}=33,48\pm 3,28$ ) significativement

inférieur à ceux des autres groupes, on n'observe en revanche pas de différence significative entre les groupes CD ( $m_{CD}=41,03\pm 4,55$ ) et NCD ( $m_{NCD}=42,18\pm 4,61$ ). Le groupe témoin NCND a, quant à lui, le NCE intrasubjectif le plus élevé ( $m_{NCND}=45,08\pm 6,81$ ). Concernant le NCE intersubjectif, on peut observer qu'il y a un effet du type de groupe ( $F[3,479]=64,27$ ;  $p<0,0001$ ), où les adolescents du groupe CND ont un score significativement inférieur

**Tableau 2** Comparaisons multiples intergroupes (Manova avec tests post-hocs LSD) au niveau de conscience émotionnelle.

Variable dépendante	Groupe 1	Groupe 2	(G1 - G2)	p*	95%-IC inf.	95%-IC sup.
NCE Soi	CND	CD	-6,83	0,00	-9,14	-4,52
		NCD	-13,9	0,00	-16,01	-11,79
		NCND	-12,29	0,00	-14,32	-10,26
	CD	NCD	-7,08	0,00	-8,75	-5,40
		NCND	-5,46	0,00	-7,03	-3,89
		NCND	1,62	0,01	0,36	2,87
NCE Autrui	CND	CD	-7,55	0,00	-9,70	-5,40
		NCD	-8,7	0,00	-10,66	-6,74
		NCND	-11,6	0,00	-13,49	-9,72
	CD	NCD	-1,15	0,15	-2,70	0,40
		NCND	-4,05	0,00	-5,51	-2,59
		NCND	-2,9	0,00	-4,07	-1,74
NCE Général	CND	CD	-8,2	0,00	-10,11	-6,28
		NCD	-9,82	0,00	-11,57	-8,07
		NCND	-13,51	0,00	-15,19	-11,83
	CD	NCD	-1,63	0,02	-3,01	-0,24
		NCND	-5,31	0,00	-6,61	-4,01
		NCND	-3,69	0,00	-4,73	-2,64

NCE : niveau de conscience émotionnelle.

\*  $p<0,05$ .

**Tableau 3** Comparaisons multiples intergroupes (Manova avec tests post-hocs LSD) à l'intensité émotionnelle.

Variable dépendante	Groupe 1	Groupe 2	(G1 – G2)	$p^*$	95 % -IC inf	95 % -IC sup
IE+ situation positive	CND	CD	-3,69	0,00	-4,78	-2,59
		NCD	-3,78	0,00	-4,78	-2,78
		NCND	-4,3	0,00	-5,26	-3,34
	CD	NCD	-0,09	0,82	-0,88	0,70
		NCND	-0,62	0,10	-1,36	0,13
	NCD	NCND	-0,52	0,08	-1,12	0,07
IE- situation positive	CND	CD	-5,38	0,00	-9,00	-1,75
		NCD	-4,65	0,01	-7,97	-1,34
		NCND	-2,4	0,14	-5,59	0,78
	CD	NCD	0,72	0,59	-1,90	3,35
		NCND	2,97	0,02	0,51	5,44
	NCD	NCND	2,25	0,03	0,28	4,22
IE+ situation négative	CND	CD	-1,3	0,02	-2,36	-0,24
		NCD	-1,28	0,01	-2,25	-0,31
		NCND	-0,97	0,04	-1,90	-0,04
	CD	NCD	0,02	0,96	-0,74	0,79
		NCND	0,33	0,37	-0,39	1,05
	NCD	NCND	0,31	0,29	-0,27	0,88
IE- situation négative	CND	CD	-20,18	0,00	-23,43	-16,93
		NCD	-23,05	0,00	-26,02	-20,08
		NCND	-14,2	0,00	-17,06	-11,35
	CD	NCD	-2,87	0,02	-5,23	-0,52
		NCND	5,97	0,00	3,77	8,18
	NCD	NCND	8,85	0,00	7,08	10,61

IE+ : intensité émotionnelle, émotions positives ; IE- : intensité émotionnelle, émotions négatives.

\*  $p < 0,05$ .

( $m_{\text{CND}} = 28,23 \pm 3,58$ ) aux autres adolescents. Les adolescents du groupe CD ont un score supérieur aux adolescents CND sur le plan du NCE intersubjectif ( $m_{\text{CD}} = 35,05 \pm 6,29$ ), mais inférieur à ceux des groupes NCD ( $m_{\text{NCD}} = 42,13 \pm 4,32$ ) et NCND ( $m_{\text{NCND}} = 40,51 \pm 7,17$ ). Nous pouvons en outre observer que, de manière surprenante, les adolescents déprimés sans conduites à risques ont un score supérieur aux adolescents du groupe témoin.

#### Intensité émotionnelle ressentie dans le cas de la confrontation à un événement positif

Les différences intergroupes au score d'intensité émotionnelle sont présentées dans le [Tableau 3](#). Concernant l'intensité des émotions positives, il existe un effet significatif du type de groupe ( $F[3, 479] = 24,83$ ;  $p < 0,0001$ ). Le groupe des adolescents CND ressent les émotions de manière moins intense ( $m_{\text{CND}} = 5,80 \pm 1,59$ ) que les autres groupes ( $m_{\text{CD}} = 9,48 \pm 3,55$ ;  $m_{\text{NCD}} = 9,57 \pm 3,33$ ;  $m_{\text{NCND}} = 10,10 \pm 2,37$ ). Les résultats obtenus au score d'intensité émotionnelle négative montrent qu'il existe un effet principal du type de groupe ( $F[3,479] = 13,15$ ;  $p = 0,0001$ ). Plus précisément, on constate une absence de différence significative entre, d'une part, les groupes CND ( $m_{\text{CND}} = 4,58 \pm 6,46$ ) et NCND ( $m_{\text{NCND}} = 4,53 \pm 7,34$ ) et, d'autre part, les groupes CD ( $m_{\text{CD}} = 9,75 \pm 11,63$ ) et NCD ( $m_{\text{NCD}} = 9,02 \pm 10,47$ ). Les

adolescents présentant une symptomatologie dépressive ont tendance à ressentir un haut niveau d'émotions négatives face à un événement positif.

#### Intensité émotionnelle ressentie dans le cas de la confrontation à un événement négatif

Les adolescents preneurs de risque sans état dépressif éprouvent les émotions positives de manière moins intense ( $m_{\text{CND}} = 0,25 \pm 0,58$ ) que les autres groupes ( $m_{\text{CD}} = 1,50 \pm 1,94$ ;  $p = 0,015$ — $m_{\text{NCD}} = 1,53 \pm 2,95$ ;  $p = 0,006$ — $m_{\text{NCND}} = 1,22 \pm 2,82$ ;  $p = 0,032$ ). Au niveau des différences intragroupes (en fonction du sexe), on n'observe qu'une différence significative au sein du groupe présentant un état dépressif : les filles ( $m_{\text{F}} = 1,19 \pm 2,58$ ) ont un niveau d'émotions positives inférieur aux garçons ( $m_{\text{G}} = 1,97 \pm 3,34$ ,  $p = 0,016$ ). Dans le cas des émotions négatives, il existe également un effet principal du type de groupe ( $F[3,479] = 84,36$ ;  $p < 0,0001$ ). Les adolescents du groupe CND sont ceux qui ressentent les émotions négatives de la manière la moins intense ( $m_{\text{CND}} = 17,12 \pm 4,37$ ). Ils ont un niveau inférieur aux groupes CD ( $m_{\text{CD}} = 37,30 \pm 7,08$ ;  $p < 0,0001$ ), NCD ( $m_{\text{NCD}} = 40,17 \pm 8,67$ ;  $p < 0,0001$ ), et NCND ( $m_{\text{NCND}} = 31,32 \pm 9,28$ ;  $p < 0,0001$ ). Les adolescents du groupe CD ont, quant à eux, un score supérieur au groupe témoin ( $p < 0,0001$ ), mais inférieur au groupe NCD

( $p=0,016$ ). Le groupe NCD a pour sa part le score le plus élevé.

## Discussion

Nous avons posé l'hypothèse que le NCE du groupe «conduites à risques» serait le plus faible des quatre groupes. Cette hypothèse est validée. Concernant l'échelle intrasubjective, les mêmes résultats sont observés, à l'exception d'une absence de différence entre les deux groupes d'adolescents présentant un état dépressif. Cela ne valide que partiellement notre hypothèse. Nous pouvons penser que les capacités cognitivo-émotionnelles déterminent le niveau de dépression, mais ne permettent pas de discriminer les deux groupes sur le plan de la présence ou de l'absence de conduites à risques. Nos résultats montrent également que si le groupe CND (conduites à risques sans symptômes dépressifs) est celui dont le NCE intersubjectif est le plus faible, suivi du groupe CD (conduites à risques avec symptômes dépressifs), le groupe ayant le niveau le plus élevé est celui d'adolescents présentant uniquement des symptômes dépressifs, et non le groupe témoin. Nous pensons qu'il est possible d'interpréter ce résultat comme indicatif de la tendance excessive, non pas à une focalisation sur ses propres états émotionnels, mais plutôt à la préoccupation exagérée pour ceux d'autrui.

Nous observons également que les émotions négatives et positives sont ressenties de manière différenciée par chaque groupe. Le groupe CD ressent les émotions de manière plus intense que le groupe CND, mais cependant, moins intensément que les adolescents uniquement déprimés et les témoins. Nous observons que l'intensité émotionnelle ressentie par les adolescents du groupe NCD est inférieure à celle du groupe témoin (NCND). Nous nous attendions également à ce qu'ils aient une intensité émotionnelle supérieure aux deux autres groupes (CND et CD). Or, si les adolescents présentant un état dépressif ont bien une intensité émotionnelle supérieure aux groupes CND et CD, elle l'est également chez ceux du groupe témoin, ne validant pas notre hypothèse concernant ce groupe. Les adolescents sans conduites à risques excessives, ni symptomatologie dépressive, présentent donc à la fois un niveau de conscience plus élevé et une intensité émotionnelle moins forte que les adolescents présentant des symptômes dépressifs. Cela pourrait être considéré comme indicatif de l'existence chez les adolescents NCD d'une hypersensibilité émotionnelle, elle-même déterminée par un trouble de la régulation des émotions. Ce trouble pourrait consister en une incapacité à moduler l'intensité des émotions ressenties, et conduirait à un débordement possible par des éprouvés subjectifs négatifs intenses générateurs de dépression. Chez certains adolescents, l'externalisation par le recours à des comportements pathologiques pourrait constituer une solution défensive comme le suggèrent certaines conceptions des relations entre comportements (pathologiques) et troubles thymiques. Celles-ci considèrent les comportements comme «l'expression du trouble de l'humeur au travers d'une autre symptomatologie» [12]. Ils ont une fonction économique, entrant dans le cadre d'une stratégie défensive de type «anti-pensée» et «anti-représentation».

Si avec Scherer on suppose un rôle de régulation adaptative aux émotions, permettant à l'individu d'introduire un «temps de latence» entre l'évaluation de l'environnement et la réponse, comportementale ou autre [37], les adolescents qui présentent des conduites à risques auraient, du fait de leur faible NCE, un dysfonctionnement émotionnel caractérisé par un mécanisme d'atténuation portant spécifiquement sur les émotions négatives. Ce dysfonctionnement pourrait selon nous avoir des conséquences majeures en ne permettant plus au sujet, du fait d'une faible conscience de ses propres états subjectifs, d'utiliser les émotions pour réguler ses comportements. Cette interprétation pourrait être étayée par le caractère volontiers réactionnel des prises de risques et des réactions comportementales de certains adolescents et par les difficultés dont ils témoignent à en expliciter les déterminants.

À un niveau plus global, nous pensons que ce déterminisme pourrait être lui-même sous-tendu par un arrêt développemental à un stade où les aptitudes à identifier ses états internes sont encore immatures, et ne permettent pas le recours à l'information émotionnelle pour réguler les comportements. Cet arrêt développemental pourrait être lié à des contextes environnementaux (traumatismes, psychopathologie parentale). En effet, même si pour le moment des données empiriques mettant directement en relation trouble du développement cognitivo-émotionnel et environnement précoce ne sont pas disponibles, la présence de problèmes comportementaux et psychopathologiques chez les adolescents est souvent liée à des histoires personnelles faites d'instabilité et d'insécurité environnementale [6,8,14].

Toutefois, ces résultats doivent être considérés en tenant compte de certaines limites possibles. Au regard de l'auto-évaluation utilisée, nous ne pouvons exclure l'influence de la désirabilité sociale dans cette procédure. Toutefois, l'utilisation de la LEAS permet de limiter ce biais, tout au moins pour l'aspect conscience émotionnelle [9]. Dans le cadre de développements ultérieurs, l'utilisation conjointe d'une méthodologie quantitative et qualitative, notamment par l'utilisation d'entretiens, pourrait utilement contrôler ce biais [3]. Une seconde limite concerne les écarts d'effectifs entre les groupes. Cette différence d'effectifs a pu induire des biais dans les tests statistiques, malgré l'utilisation d'une procédure spécifique d'analyse de la variance pour échantillons de tailles inégales (somme des carrés type III). Enfin, l'absence de contrôle de la psychopathologie générale pourrait expliquer une part non négligeable de la variabilité dans nos résultats ; elle aurait, en outre, permis d'analyser les comorbidités potentielles, notamment avec les troubles anxieux.

## Conclusion

Les relations entre expressions comportementales à l'adolescence et dépression sont complexes. Ce travail apporte des éléments complémentaires sur le rôle de la conscience émotionnelle et de l'intensité émotionnelle subjective, en permettant de spécifier les caractéristiques propres à chaque type d'expression symptomatique. Les résultats obtenus soulèvent la question du lien possible entre conduites à risques comme exacerbation de

comportements exploratoires insuffisamment régulés par les émotions, et symptomatologie dépressive comme échec du même processus régulateur des émotions, avec une information émotionnelle dans un cas insuffisante, et dans un autre excessive conduisant à des symptômes dépressifs. Les adolescents présentant un tableau mixte seraient quant à eux confrontés à une problématique spécifique où les prises de risques constitueraient une tentative de lutte contre des éprouvés subjectifs négatifs impossible à traiter et verbaliser du fait d'un trop faible NCE. Des études à venir devront permettre de confirmer ces hypothèses par une méthodologie longitudinale, amenant à analyser dans quelle mesure l'apparition de signes dépressifs pourraient conduire à l'engagement dans des conduites à risques, ou au contraire à les limiter. D'un point de vue clinique, ces résultats soutiennent la pertinence d'une prise en charge avec un étayage sur les sensations et la motricité alliée à des temps d'élaboration de ces éprouvés, qui pourra favoriser la complexification et la construction de représentations conscientes des émotions. Enfin, ce type de travail pourrait permettre de transformer des émotions-traumas ne pouvant faire l'objet d'une représentation psychique en émotions-informations susceptibles d'être travaillées et utilisées.

## Conflit d'intérêt

Aucun.

## Références

- [1] Aclin WM, Lejuez CW, Zvolensky MJ, et al. Evaluation of behavioral measures of risk taking propensity with inner city adolescents. *Behav Res Ther* 2005;43:215–28.
- [2] Bancroft J, Janssen E, Carnes L. Sexual activity and risk taking in young heterosexual men: the relevance of sexual arousability, mood, and sensation seeking. *J Sex Res* 2004;41:181–92.
- [3] Blanchet A. Recherches sur le langage en psychologie clinique. Paris: Dunod; 1997.
- [4] Bochand L, Nandrino JL. Niveaux de conscience émotionnelle chez les sujets alcoolodépendants et abstinents. *L'Encéphale* 2010;36(4):334–9.
- [5] Bonomo Y, Coffey C, Wolfe R. Adverse outcomes of alcohol use in adolescents. *Addiction* 2001;96:1485–96.
- [6] Borowsky IW, Resnick MD. Environmental stressors and emotional status of adolescents who have been in special education classes. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998;152:377–82.
- [7] Bréjard V, Bonnet A, Pardinielli JL. Développement cognitivo-émotionnel, régulation des émotions et comportements à risques : une étude exploratoire chez l'adolescent. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2005;53:395–400.
- [8] Brody LM, Nagin DS, Tremblay RE. Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency: a six-site, cross-national study. *Dev Psychol* 2003;39:222–45.
- [9] Bydlowski S, Corcos M, Jeammot P, et al. Emotion-processing deficits in eating disorders. *Int J Eat Disord* 2005;37:321–9.
- [10] Bydlowski S, Corcos M, Paterniti S, et al. Validation de la version française de l'échelle des niveaux de conscience émotionnelle. *Encéphale* 2002;28:310–20.
- [11] Chabrol H, Montovany A, Chouicha K, et al. Étude de la CES-D dans un échantillon de 1953 adolescents scolarisés. *Encéphale* 2002;28:429–32.
- [12] Corcos M, Jeammot P. Les dépressions à l'adolescence. Paris: Dunod; 2005.
- [13] Donges US, Kersting A, Dannlowski U, et al. Reduced awareness of others' emotions in unipolar depressed patients. *J Nerv Ment Dis* 2005;193:331–7.
- [14] Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey M. The childhoods of multiple problem adolescents: a 15-year longitudinal study. *J Child Psychol Psychiatry* 1994;35:1123–40.
- [15] Ferro T, Carlson GA, Grayson P, et al. Depressive disorders: distinctions in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:664–70.
- [16] Forbes EE, Williamson DE, Ryan ND, et al. Positive negative affect in depression: influence of sex and puberty. *Ann N Y Acad Sci* 2004;1021:341–7.
- [17] Fuhrer T, Rouillon F. La version française de l'échelle CES-D (Center for epidemiologic studies-depression scale). Description et traduction de l'échelle d'auto-évaluation. *Psychiatr Psychobiol* 1989;4:163–6.
- [18] Gilboa-Schechtman E, Avnon L, Zubery E, et al. Emotional processing in eating disorders: specific impairment or general distress related deficiency? *Depress Anxiety* 2006;23:331–9.
- [19] Guilbaud O, Loas G, Corcos M, et al. L'alexithymie dans les conduites de dépendance et chez le sujet sain : valeur en population française et francophone. *Ann Med Psychol* 2002;160:77–85.
- [20] Hessler DM, Katz LF. Brief report: associations between emotional competence and adolescent risky behavior. *J Adolesc* 2010;33:241–6.
- [21] Honkalampi K, Hintikka J, Tanskanen A, et al. Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *J Psychosom Res* 2000;48:99–104.
- [22] Jouanne C, Edel Y, Carton S. Déficits émotionnels chez des patients polytoxicomanes. *Ann Med Psychol* 2005;163:625–30.
- [23] King CA, Ghaziuddin N, McGovern L, et al. Predictors of comorbid alcohol and substance abuse in depressed adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:743–51.
- [24] Kojima M, Furukawa T, Nagaya T, et al. Smoking, depression and alexithymia. *J Psychosom Res* 2003;55:156.
- [25] Kosunen E, Kaltiala-Heino R, Rimpela M, et al. Risk-taking sexual behaviour and self-reported depression in middle adolescence—a school-based survey. *Child Care Health Dev* 2003;29:337–44.
- [26] Lane RD, Quinlan DM, Schwartz GE. The levels of emotional awareness scale: a cognitive-developmental measure of emotion. *J Pers Assess* 1990;55:124–34.
- [27] Lane RD, Schwartz GE. Levels of emotional awareness: a cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *Am J Psychiatry* 1987;144:133–43.
- [28] Lane RD, Schwartz GE. The neuropsychophysiology of emotion. *Funct Neurol* 1990;5:263–6.
- [29] Lane RD, Sechrest L, Riedel R. Pervasive emotion recognition deficit common to alexithymia and the repressive coping style. *Psychosom Med* 2000;62:492–501.
- [30] Liappas J, Peppas E, Rabavilas AD, et al. The relationship between alexithymia and depression-like symptomatology in drug users. *Eur Neuropsychopharmacol* 1998;8:5–14.
- [31] Lumley MA, Downey K, Stettner L, et al. Alexithymia and negative affect: relationship to cigarette smoking, nicotine dependence, and smoking cessation. *Psychother Psychosom* 1994;61:156–62.
- [32] Novick-Kline P, Turk CL, Mennin DS. Level of emotional awareness as a differentiating variable between individuals with and without generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord* 2005;19:557–72.
- [33] Ouss L, Carton S, Jouvent R, et al. Traduction et validation de l'échelle d'émotions différentielles d'Izard. Exploration de la qualification verbale des émotions. *Encéphale* 1990;16:453–8.

- [34] Pesa JA, Cowdery JE, Westerfield RC, et al. Self-reported depression and risk-taking behaviors among Hispanic adolescents. *Psychol Rep* 1997;81:235–43.
- [35] Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas* 1977;1:385–401.
- [36] Rieffe C, Oosterveld P, Miers AC. Emotion awareness and internalising symptoms in children and adolescents: the Emotion Awareness Questionnaire revised. *Pers Individ Dif* 2008;45:756–61.
- [37] Scherer KR. Emotions as episodes of subsystems synchronization driven by nonlinear appraisal processes. In: Lewis MD, Granic I, editors. *Emotion, development, and self-organization: dynamic systems approaches to emotional development*. New York, NY: Cambridge University Press; 2000. p. 70–99.
- [38] Sifneos PE. The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. *Psychoth Psychosom* 1973;22:255–62.
- [39] Silk JS, Steinberg L, Morris AS. Adolescents' emotion regulation in daily life: links to depressive symptoms and problem behavior. *Child Dev* 2003;74:1869–80.
- [40] Speranza M, Corcos M, Stéphan P, et al. Alexithymia, depressive experiences, and dependency in addictive disorders. *Subst Use Misuse* 2004;39:551–79.
- [41] Whalen CK, Jamner LD, Henker B, et al. Smoking and moods in adolescents with depressive and aggressive dispositions: evidence from surveys and electronic diaries. *Health Psychol* 2001;20:99–111.