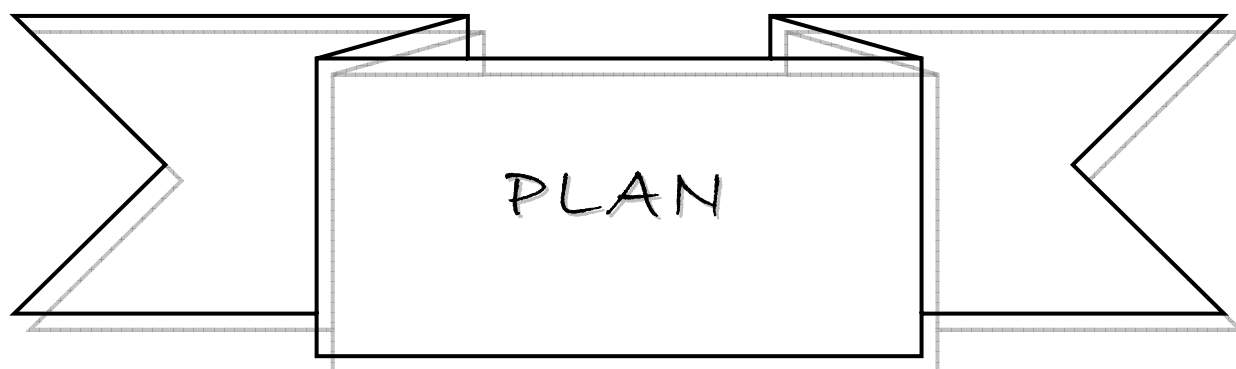




INTRODUCTION	1
MATERIEL ET METHODES:	4
I- Matériels d'étude	5
1- type d'étude	5
2- L'échantillon	5
3- le déroulement de l'enquête	6
4- Le questionnaire	6
II- Méthode statistique	9
RESULTATS:	10
I- Analyse descriptive :	11
1- Caractéristiques sociodémographiques des patients de notre échantillon	11
2- Caractéristiques de la dermatose dans notre échantillon	15
3- Les antécédents psychiatriques et les habitudes toxiques	19
4- La prévalence de la dépression chez les patients de notre échantillon	20
5- La prévalence de l'alexithymie chez les patients de notre échantillon	21
II- Analyse bivariée :	24
1-Profil des patients déprimés	24
2-Profil des patients alexithymiques	31

3-Relation entre la dépression et l'alexithymie	36
---	----

<u>DISCUSSION :</u>	38
----------------------------------	----

<u>I- Généralités :</u>	39
--------------------------------------	----

1-Notion d'alexithymie :	39
--------------------------------	----

2-Evaluation de l'alexithymie :	41
---------------------------------------	----

3- Alexithymie et maladies psychosomatiques.....	43
--	----

4- Alexithymie et dépression.....	44
-----------------------------------	----

5- Dépression et dermatose	46
----------------------------------	----

<u>II- Discussion des résultats :</u>	47
--	----

1-Comparaison des prévalences de la dépression dans les dermatoses.....	47
---	----

2-Comparaison des prévalences de l'alexithymie en cas de dermatose.....	49
---	----

3-Comparaison du profil de des patients déprimés.....	50
---	----

4-Comparaison du profil de des patients alexithymiques.....	53
---	----

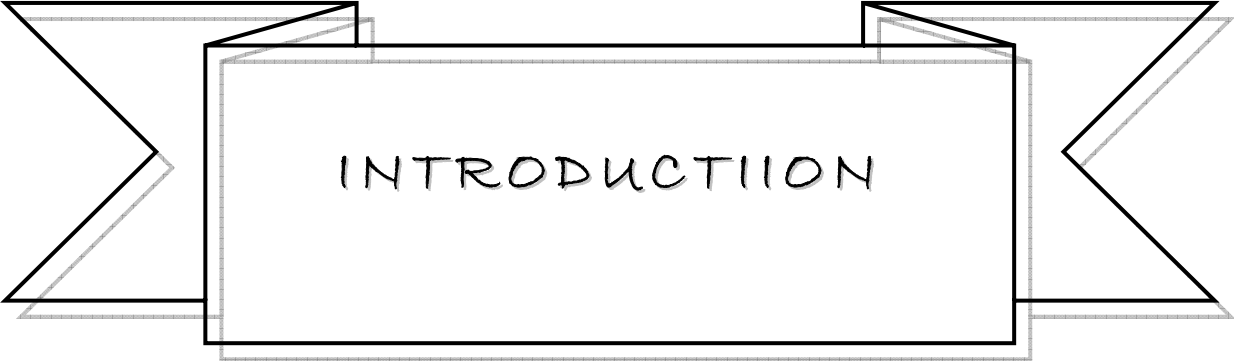
5-Comparaison des prévalences de l'alexithymie dans dépression.....	55
---	----

<u>CONCLUSION</u>	56
--------------------------------	----

<u>ANNEXES</u>	59
-----------------------------	----

<u>RESUMES</u>	67
-----------------------------	----

<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	71
-----------------------------------	----



INTRODUCTION

Le terme d'alexithymie fut utilisé pour la première fois par Sifneos, en 1973, pour désigner le fonctionnement de nombreux patients souffrant d'affections organiques chroniques à forte composante psychosomatique (1).

Étymologiquement, alexithymie, dérivé du grec, signifie « absence de mots pour exprimer les émotions » : a = absence, lexis = mot, thymos = humeur, affectivité, sentiment, émotion.

Sifneos a défini le concept de l'alexithymie par quatre dimensions (1):

1. l'incapacité à identifier les émotions ou les sentiments et à les distinguer des sensations corporelles ;
2. la limitation de la vie imaginaire ;
3. la tendance à recourir à l'action pour éviter les conflits ou exprimer les émotions ;
4. la description détaillée des événements, des faits et des symptômes physiques sans véritable élaboration.

L'alexithymie constituerait un facteur prédisposant à l'expression somatique des désordres psychiques. Il existe divers tests permettant de mesurer le degré de l'alexithymie et d'établir des corrélations entre cet état psychologique et diverses maladies organiques. (2)

Et dans la population générale, la prévalence de l'alexithymie oscille autour de 8% (3).

Cependant il existe très peu d'études étudiant l'alexithymie en cas de dermatose, selon une étude italienne la prévalence de l'alexithymie en cas de dermatose est de 22,4% (4).

L'alexithymie a été aussi décrite dans de nombreuses pathologies psychiatriques, notamment La dépression et les résultats montrent une forte corrélation entre ces deux états.

Au Maroc, la prévalence actuelle de l'état dépressif majeur est de 26,5% dans la population générale selon l'enquête nationale réalisée en 2003 (publiée en 2007) par le ministère de la santé étudiant la prévalence des troubles mentaux dans la population marocaine (5).

La dépression est fréquente au décours de la dermatose. D'une part elle peut résulter de ses conséquences somatiques et d'autre part, elle peut être liée à l'altération de la qualité de vie des patients. Sa prévalence varie de 24 à 36% selon les études (6).

Vu l'existence de très peu d'études réalisées à propos de ce sujet et à la lumière de ces données, nous avons mené une étude transversale portant sur 150 patients consultants ou hospitalisés au service universitaire de dermatologie à l'hôpital Ibn Tofail dont les objectifs sont :

- 1) Evaluer la prévalence de l'alexithymie chez les patients suivis en service de dermatologie au CHU VI.
- 2) Evaluer la prévalence de la symptomatologie dépressive chez ces patients.
- 3) Préciser la relation entre la dépression et l'alexithymie dans cette population.

MATERIELS
§
METHODES

I-Matériels de l'étude :

1- Type d'étude :

C'est une étude transversale d'une série de 150 cas souffrant d'une dermatose, elle est à visée descriptive et analytique.

2- Population cible, échantillon :

Il s'agit d'une population de patients hospitalisés ou consultants pour une affection dermatologique au sein du service de dermatologie au centre hospitalier universitaire du Marrakech.

2-1- Critères d'inclusions:

- ✓ Les patients hospitalisés ou consultants pour une dermatose.
- ✓ L'âge doit être supérieur ou égal à 15 ans.
- ✓ Acceptant de participer à notre étude.

2-2- Critères d'exclusions:

- ✓ Les patients n'ayant pas une dermatose.
- ✓ Refusant de participer à notre étude.
- ✓ Patients souffrant d'une psychose chronique.
- ✓ Patients présentant une déficience intellectuelle.

2-3- Taille de l'échantillon :

Pour calculer la taille de l'échantillon, il fallait tenir compte de la prévalence de l'alexithymie dans la littérature (8%) et de la précision souhaitée (2 %). La taille est obtenue par la formule suivante:

$$N = P (1 - P) (Z_{\alpha} / D)^2$$

N : Taille de l'échantillon.

P : Prévalence de l'alexithymie selon la littérature.

Zx : Degré de confiance.

D : Ecart d'imprécision.

Afin de maximiser la puissance statistique de l'étude nous avons mené notre enquête auprès de 150 patients atteints de dermatose.

3- Déroulement de l'enquête :

L'enquête s'est déroulée entre le mois de Mai 2006 et le mois de janvier 2007. Cette enquête s'est déroulée sous forme d'entretiens. Le recueil des informations a été réalisé à l'issue de l'entretien avec les malades et à partir des données de l'examen clinique. La collecte des données a été effectuée par médecin faisant fonction d'interne ou médecin résidente et parfois l'enseignant.

4- Questionnaire ou fiche d'exploitation : (Voir annexe)

IL est élaboré afin de pouvoir mettre l'accent sur certains éléments clés représentant des points de reprise pour notre étude. Cette fiche d'exploitation a permis de recueillir l'ensemble des données caractéristiques de chaque malade.

Elle est constituée de quatre parties :

- ✓ la première partie précise les caractéristiques sociodémographiques du malade
- ✓ la deuxième partie précise les caractéristiques cliniques et thérapeutiques de la dermatose qui a ce malade.
- ✓ La troisième partie précise les antécédents psychiatriques et les conduites addictives du malade.
- ✓ La quatrième partie comporte l'échelle de HAMILTON et La TAS-20.

4-1-Echelle de Hamilton:

L'échelle de Hamilton (HAMD) est une échelle d'auto-évaluation de la symptomatologie dépressive conçue pour réaliser des études épidémiologiques. C'est un instrument de dépistage performant, utilisé et validé depuis plus de 40 ans dans des centaines d'études épidémiologiques qui s'intéressent au dépistage de la dépression dans la population générale ou dans une population sélectionnée (7).

Elle a été choisie au cours de cette étude pour détecter de la dépression chez les malades atteints de la dermatose et évaluer sa sévérité. Cette échelle se base sur dix sept items.

La cotation se fait de 0 à 4. L'évaluation se fait comme suit :

- De 0 à 7 : pas de dépression
- De 8 à 17: dépression légère
- De 18 à 25: dépression modérée
- De 26 à 52 : dépression sévère

4-2-La TAS-20:

La Toronto Alexithymia Scale 20 est actuellement l'instrument de mesure de l'alexithymie qui a fait l'objet des démarches de validation les plus complètes et les plus concluantes. Elle est recommandée à la fois pour des populations normatives et pour des populations cliniques (8).

Elle est utilisée pour évaluer le degré de l'alexithymie chez chaque malade de notre étude. Elle est constituée de 20 items. Et La cotation de chaque item se fait de 1 à 5 :

- On cote (1) s'il y a un désaccord complet.
 - On cote (2) s'il y a un désaccord relatif.
 - On cote (3) s'il n'y a ni accord ni désaccord.
 - On cote (4) s'il y a un accord relatif.
 - On cote (5) s'il y a un accord complet.
-

Le score total de la TAS-20 est la somme des cotations des différents items. Ces items sont classifiés en trois facteurs:

- ↳ Facteur I : exprimant la difficulté à IDENTIFIER les sentiments.
- ↳ Facteur II: exprimant la difficulté à DECRIRE les sentiments.
- ↳ Facteur III: exprimant la PENSEE OPERATOIRE.

Le facteur I est représenté par les items suivants:

⇒ Item1, item 3, item 6, item 7, item 9, item 13, item 18.

Le facteur II est représenté par les items suivants:

⇒ Item 2, item4, item11, item12, item17.

Le facteur III est représenté par les items suivants:

⇒ Item5, item8, item10, item14, item15, item16, item19, item20.

Plus l'individu a un score élevé, plus il a tendance à se focaliser sur le monde extérieur plutôt que son monde interne. Il préfère parler de problèmes concrets, de faits, plutôt que de sentiments. Il n'est pas très intéressé par sa vie émotionnelle ni par celle d'autrui.

Le score total correspond à la somme des scores sur les différents

Facteurs: facteur I + facteur II + facteur III.

Plus le score total est élevé, plus l'individu est dit "alexithymique".

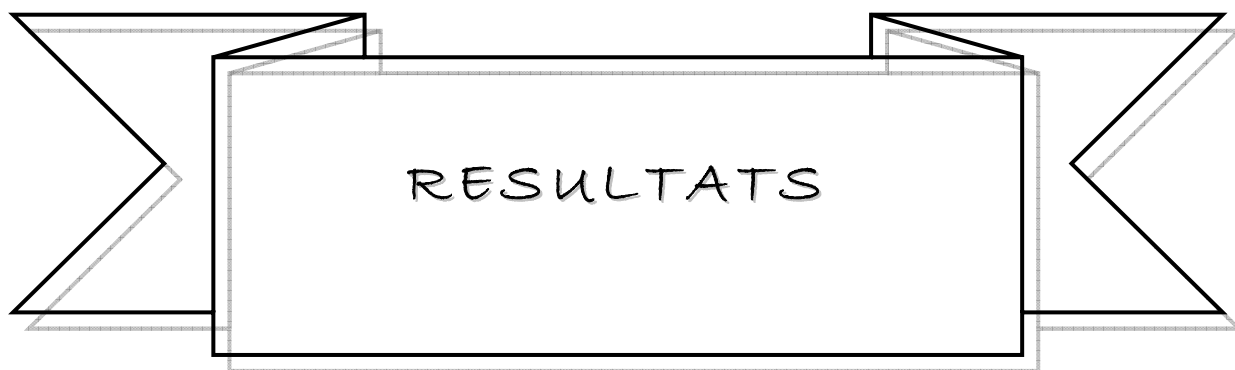
Le cut-off clinique est fixé à 56, La moyenne dans la population générale est entre 47 et 49(9).

II/ Méthode statistique :

L'analyse statistique s'est basée sur deux méthodes:

- Une analyse descriptive à deux variables: qualitative et quantitative.
 - Pour les variables qualitatives, nous avons utilisé des pourcentages.
 - Pour les variables quantitatives, nous avons utilisé des moyennes et des écarts-types.
- Une analyse bivariée: la réalisation de cette analyse a fait appel à des tests statistiques notamment:
 - Le test de student pour comparer deux moyennes.
 - L'analyse de variance à un facteur pour la comparaison de plusieurs moyennes.
 - Le test khi2 pour la comparaison de pourcentages. Quand les conditions d'application du test khi2 étaient absentes, nous avons utilisé le test exact de Fisher.
 - Lorsque les conditions des tests décrits ci-dessus étaient absentes, nous avons fait appel à des tests non paramétriques.

Le logiciel utilisé au cours de l'étude est l'EPI info6.04d fr. Le seuil de signification a été fixé à 5%.



I-ANALYSE DESCRIPTIVE:

1- Caractéristiques sociodémographiques des patients :

1-1-Age:

L'âge moyen des patients était de 38,7 ans (± 15.09 ans) avec un minimum de 15 ans, un maximum de 80 ans, et une prédominance de la tranche d'âge comprise entre 26 et 35 ans (fig.1).

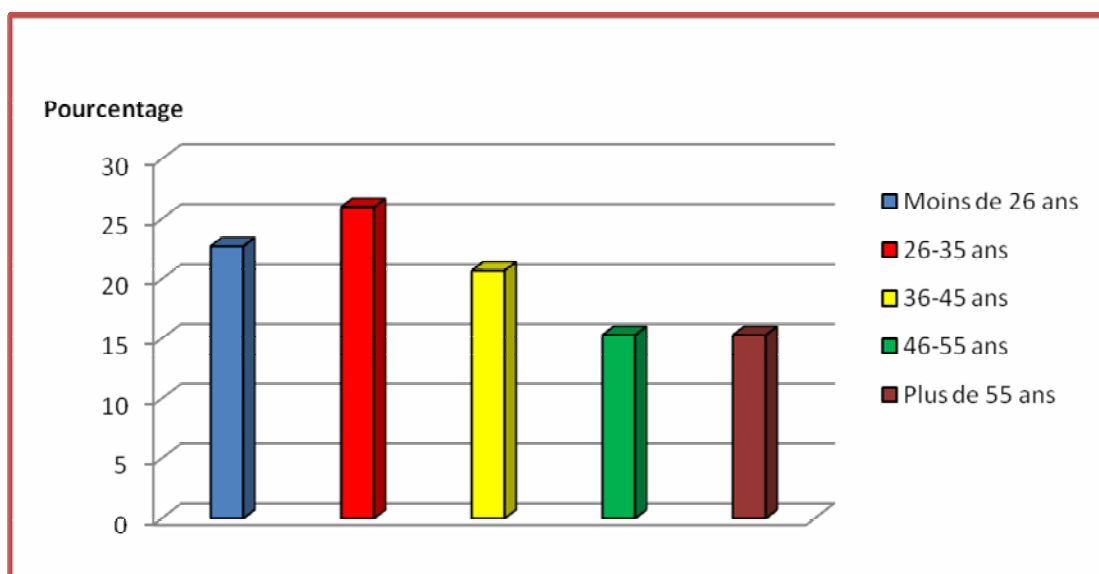


Figure 1 : Répartition selon la tranche d'âge

1-2- Sexe :

Notre échantillon était constitué de 56% (soit 84 patientes) de femmes et de 44% d'hommes (soit 66 patients).

1-3-origine géographique :

L'origine urbaine était la plus représentative avec 66 ,7% (soit 100 patients).

1-4-Etat civil :

L'étude du statut matrimonial a révélé que 44,7 % (n=67) des patients étaient mariés et 38% (n=57) étaient célibataires. (Fig.2)

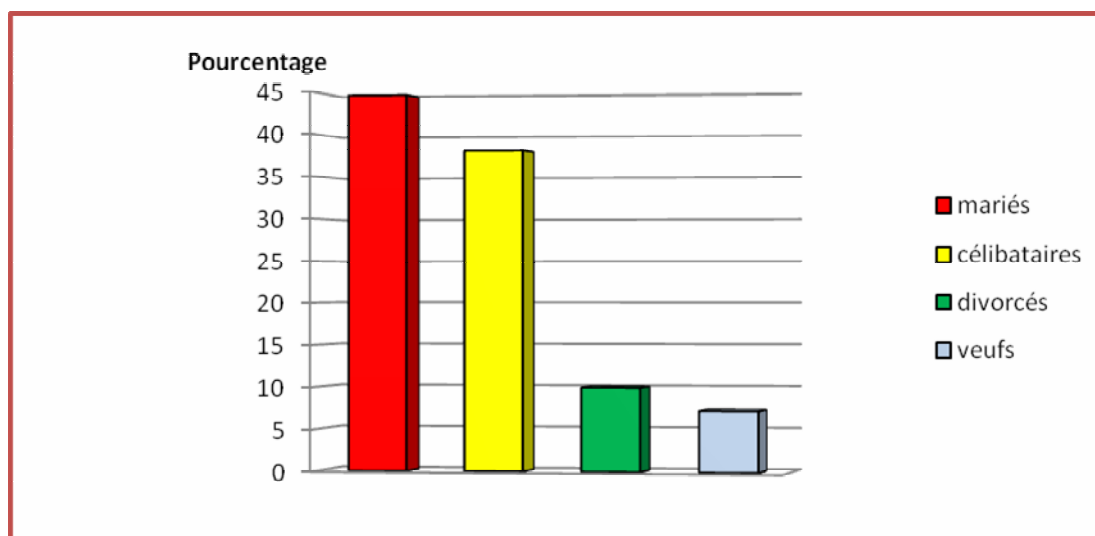


Figure 2 : répartition selon la situation familiale

1-5-Statut professionnel

La majorité de nos patients 45,3% (soit 68 patients) n'avaient aucune profession (y compris les femmes en foyer). (fig3)

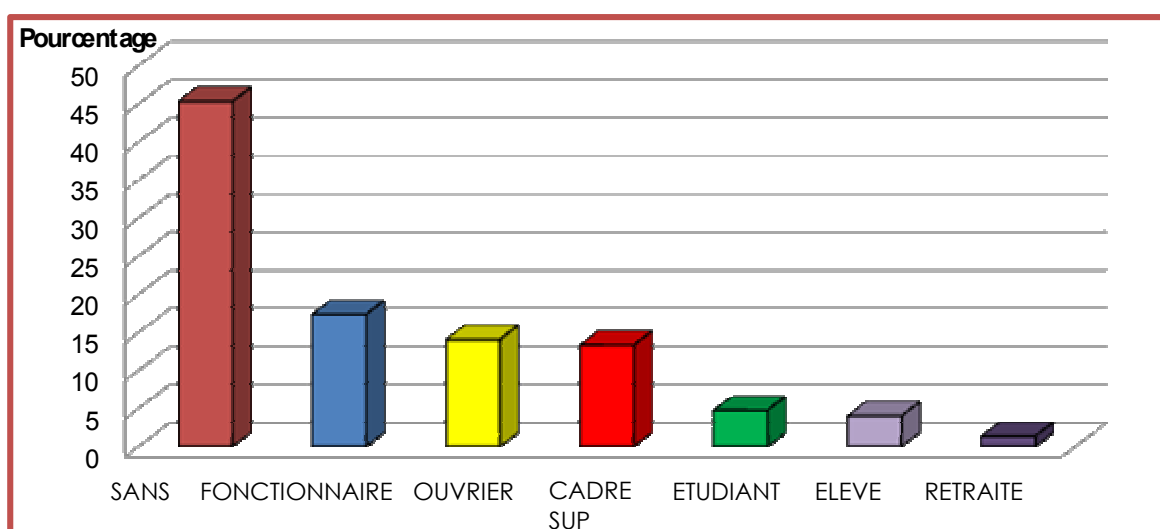


Figure 3 : répartition des patients selon la profession

1-6-Niveau d'études :

L'étude de niveau d'instruction a révélé une prédominance des patients illettrés (n= 48 soit 32%). (fig4)

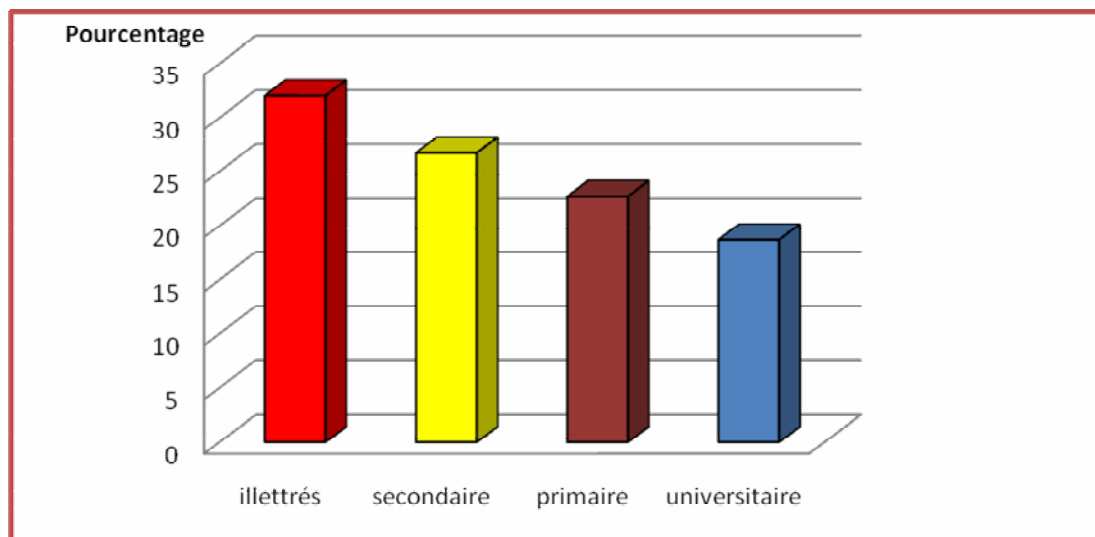


Figure 4 : répartition des patients selon le niveau d'instruction

1-7-Niveau socioéconomique

La majorité des patients (n=83 soit 55,3%) avaient un niveau socioéconomique bas. (fig5)

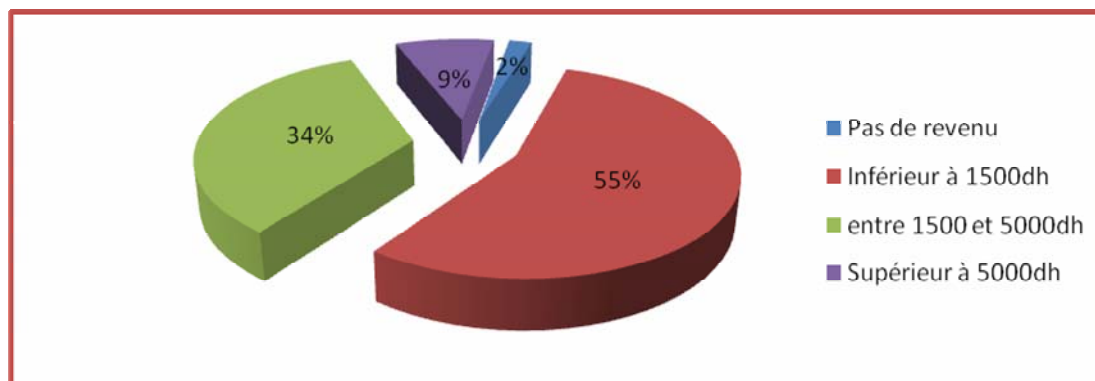


Figure 5 : répartition des patients selon le niveau socioéconomique

Tableau récapitulatif I : les caractéristiques sociodémographiques de nos patients.

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage (%)
Age :		
- Moins de 26 ans	34	22.7
- 26-35 ans	39	26
- 36-45 ans	31	20.7
- 46-55 ans	23	15.3
- Plus de 55ans	23	15.3
Sexe :		
- Féminin	84	56
- Masculin	66	44
Origine géographique :		
- Urbain	100	66.7
- Rural	50	33.3
Etat civil :		
- Célibataires	57	38
- Mariés	67	44.7
- Divorcés	11	7.3
- Veufs	15	10
Statut professionnel :		
- Ouvriers	21	14
- Fonctionnaire	26	17.3
- Cadre sup	20	13.3
- Sans	68	45.3
- Elèves	6	4
- Etudiants	7	4.7
- Retraités	2	1.3
Niveau d'études :		
- Illettrés	48	32
- Primaire	34	22.7
- Secondaire	40	26
- Universitaire	28	18.7
Niveau socioéconomique :		
- Pas de revenu	3	2
- < 1500 dh	83	55.3
- 1500-5000 dh	15	34
- Plus de 5000dh	13	8.7

2- Caractéristiques de la dermatose :

2-1-L'hospitalisation :

Plus de la moitié des patients étaient des consultants (n=85 soit 56,7%) et les 65 restants (soit 43,3%) étaient hospitalisés au service de dermatologie de CHU Mohammed VI.

2-2 Type de dermatoses

Vu la très grande diversité des diagnostics dermatologiques et après l'avis des dermatologues, on a classifié les dermatoses de notre échantillon sous forme de groupes.

Les dermatoses les plus fréquentes au sein de notre échantillon étaient les dermatoses allergiques représentant 22% (n=33) de nos patients, avec une fréquence élevée de l'eczéma (n=13, 8.7%), suivi par les dermatoses inflammatoires avec un pourcentage de 18.7% et l'acné était la plus fréquente au sein de ce groupe (n=15, 10%). (fig. 6)

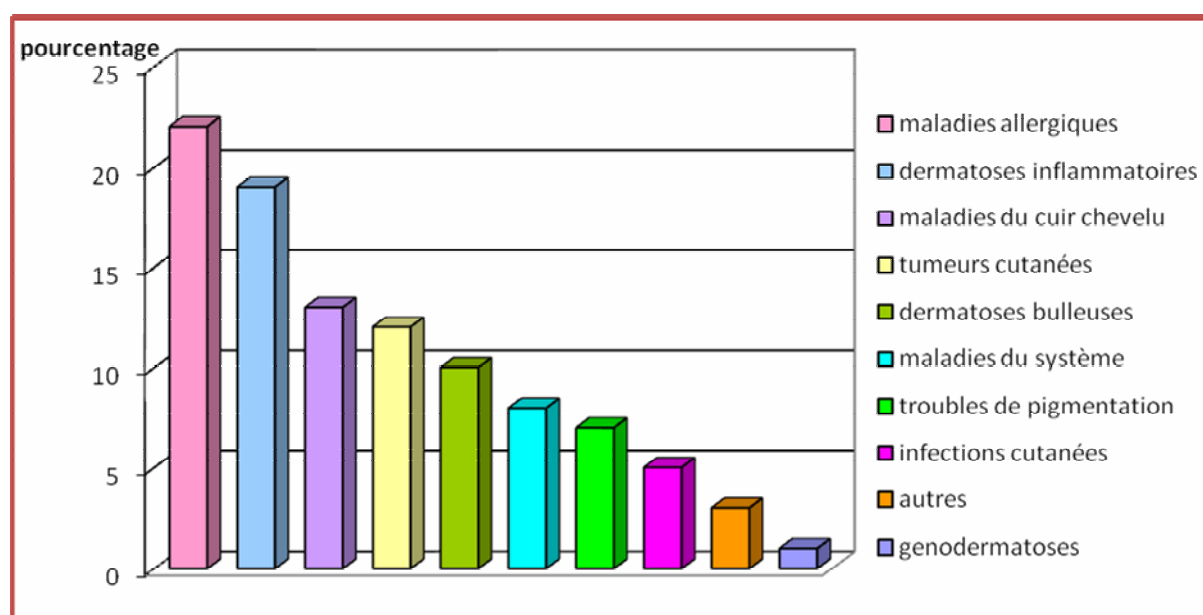


Figure 6 : répartition de nos patients selon le type de dermatose

La durée moyenne de survenue de ces dermatoses était 31,6 mois ($\pm 30,9$ mois) avec des extrêmes allant de 15 jours à 20 ans et la surface corporelle atteinte variait entre 0.1% et 100% dont la moyenne est 29.2%.

Les dermatoses contagieuses ne représentaient que 2.7% au sein de notre échantillon dont le mode de transmission était non sexuel chez 3 patients et sexuel chez un seul patient.

2-3- Malignité des dermatoses:

Les dermatoses bénignes étaient les plus fréquentes (n=132 soit 88%) contre 12% (soit n=18) qui étaient malignes.

2-4- visibilité de la dermatose :

87,3% (soit 131 patients) des dermatoses au sein de notre échantillon étaient visibles.

2-5-L' extension de la dermatose :

Les dermatoses localisées étaient plus nombreuses, représentant 60.7% (soit 86 patients) et les patients souffraient d'une dermatose étendue dans 39,3% (soit n=64).

2-6- Répartition des patients selon la comorbidité :

Au sein de notre échantillon, 35 (soit 25%) de nos patients avaient une pathologie associée. (fig.7)

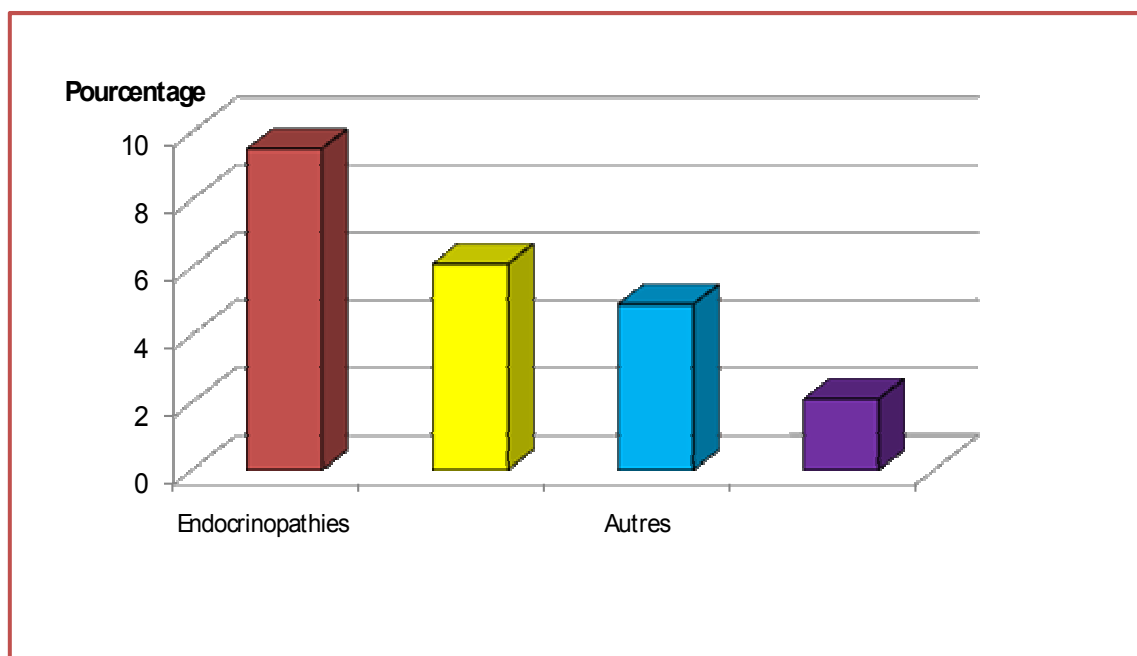


Figure 7 : répartition des patients selon la comorbidité organique

2-7- Répartition des dermatoses selon leur traitement et leur évolution :

La majorité de nos patients (n=139 soit 92.7%) ont reçu un traitement médical et les 11 restants (soit 7.3%) ont bénéficié d'un traitement chirurgical.

L'évolution était favorable chez 121 patients (soit 80.7%) et 29 patients (soit 19.3%) ont présenté des diverses complications. (Fig8).

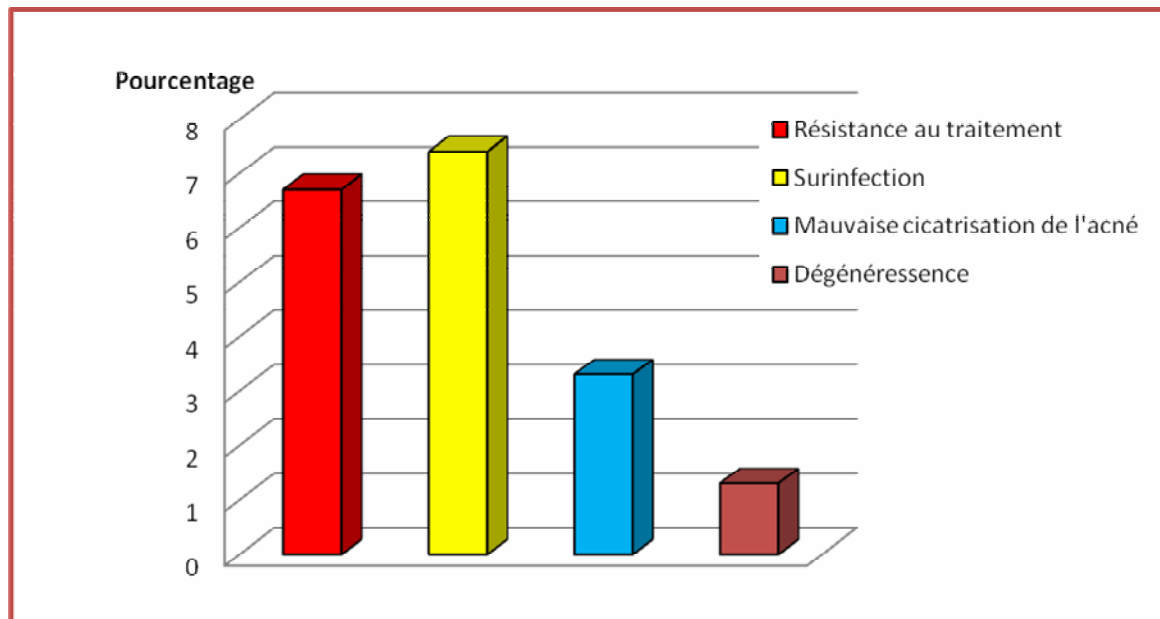


Figure 8 : les complications de la dermatose

2-9- le pronostic des patients en cas de dermatose :

Le pronostic fonctionnel était mis en jeu chez 19 patients (soit 13.6%) en rapport avec des dermatoses localisées essentiellement au niveau des mains et au niveau des pieds tel que : eczéma, psoriasis et mélanome.

Le pronostic vital était mis en jeu chez 16 patients (soit 10.7%) en rapport avec des dermatoses tel que : mélanome, sarcome de kaposi, carcinome spinocellulaire et le lupus avec atteinte rénale.

Tableau récapitulatif II : les caractéristiques des dermatoses de nos patients

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage
Hospitalisation :		
- hospitalisés	65	43.3
- consultants	85	56.7
Type de dermatose :		
- tumeurs cutanées	18	12
- dermatoses bulleuses	15	10
- maladies allergiques	33	22
- infections cutanées	8	5.3
- troubles de pigmentation	11	7.3
- maladies du cuir chevelu	19	19.7
- maladies du système	12	8
- dermatoses inflammatoires	28	18.7
- genodermatoses	1	0.7
- autres	5	3.3
Malignité :		
- malignes	18	12
- bénignes	132	88
Visibilité :		
- visibles	131	87.3
- non visibles	19	12.7
Extension de la lésion :		
- étendue	59	39.3
- localisée	91	60.7
Contagiosité :		
- contagieuse	4	2.7
- non contagieuse	146	97.3
Présence de comorbidité organique :		
- présente	38	25.3
- absente	112	74.7
Type de traitement :		
- médical	139	92.7
- chirurgical	11	7.3
Evolution sous traitement :		
- favorable	121	80.7
- défavorable	29	19.3
Pronostic fonctionnel :		
- mis en jeu	19	12.7
- conservé	131	87.3
Pronostic vital :		
- mis en jeu	16	10.7
- conservé	134	89.3
La durée de la dermatose (en mois)	31,6 (±30,9 mois)	

3-Les antécédents psychiatriques et les habitudes toxiques :

3-1-les antécédents psychiatriques personnels :

14% de des patients avaient des antécédents de dépression et 2,7% avaient des antécédents de tentative de suicide (fig9).

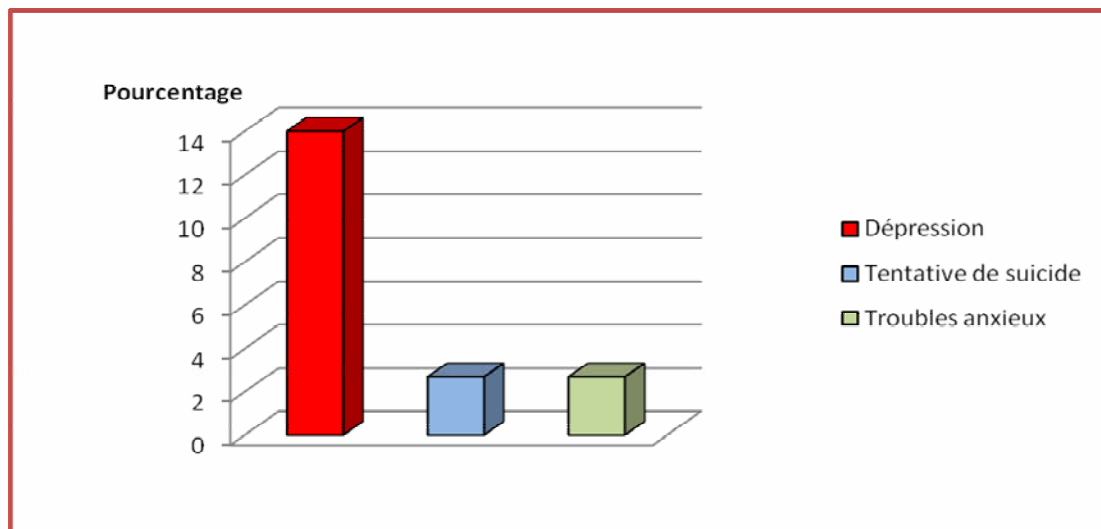


Figure 9 : répartition selon les antécédents psychiatriques personnels

3-2- Les antécédents psychiatriques familiaux :

Les antécédents psychiatriques familiaux étaient retrouvés chez 7.3% des patients et ils étaient représentés essentiellement par la dépression (n=15, 10%). (fig.10)

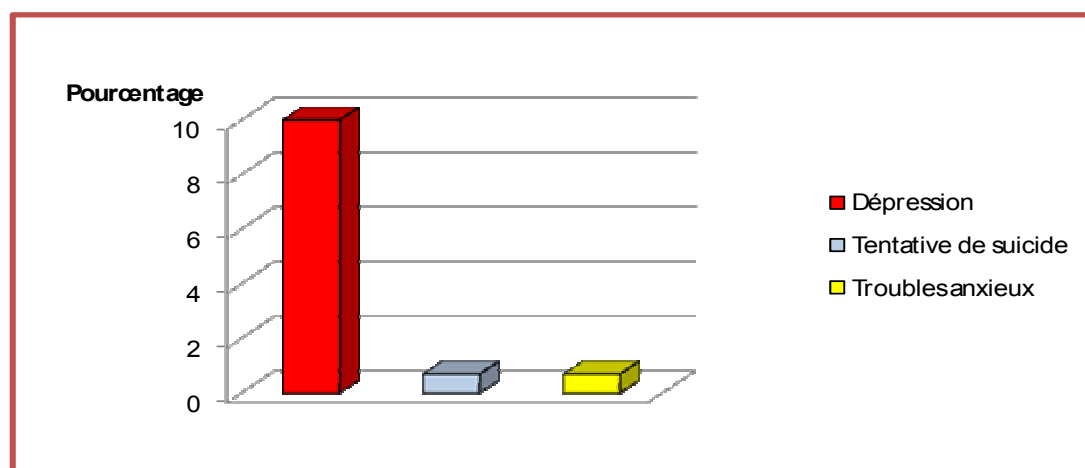


Figure 10 : répartition selon les antécédents familiaux psychiatriques

3-3- Les habitudes toxiques :

Au sein de notre échantillon, 23,3% des patients étaient tabagiques à raison de 1 paquet et demi par jour, 16% consommaient l'alcool à raison de 1 litre par jour et 12% prenaient le cannabis à raison de 13 dirhams par jour. (fig11)

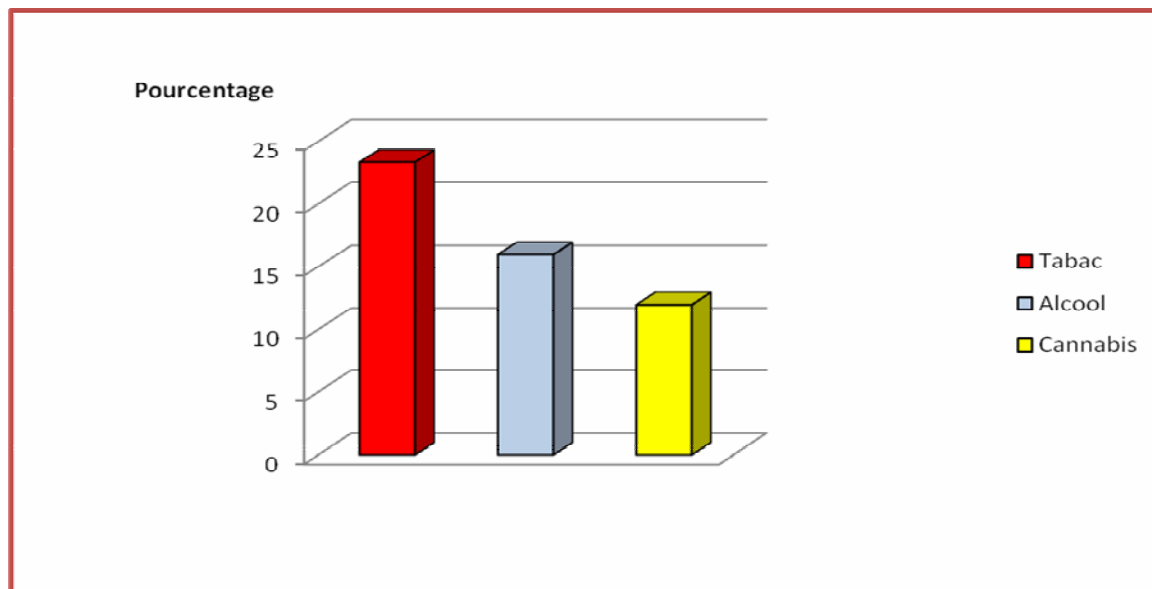


Figure 11 : répartition des patients selon la consommation toxique

4- la prévalence de la dépression dans notre échantillon :

La prévalence de la dépression était très importante auprès de notre échantillon (55,3%, n=83) avec une prédominance de dépression légère représentant 36,7% (n=55), contre 14,7% (n=22) avaient une dépression modérée et 4% (n=6) avaient une dépression sévère. (fig. 12)

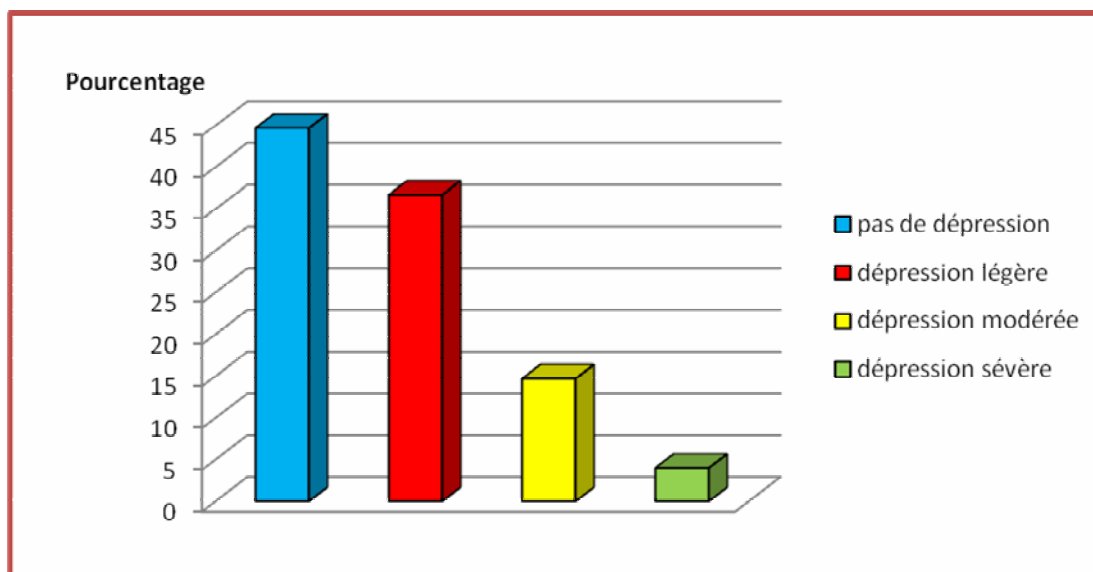


Figure 12 : la prévalence de la dépression chez nos patients

5- La prévalence de l'alexithymie chez nos patients

Plus de la moitié de nos patients (N=93 soit 62%) étaient alexithymiques. (fig.13)

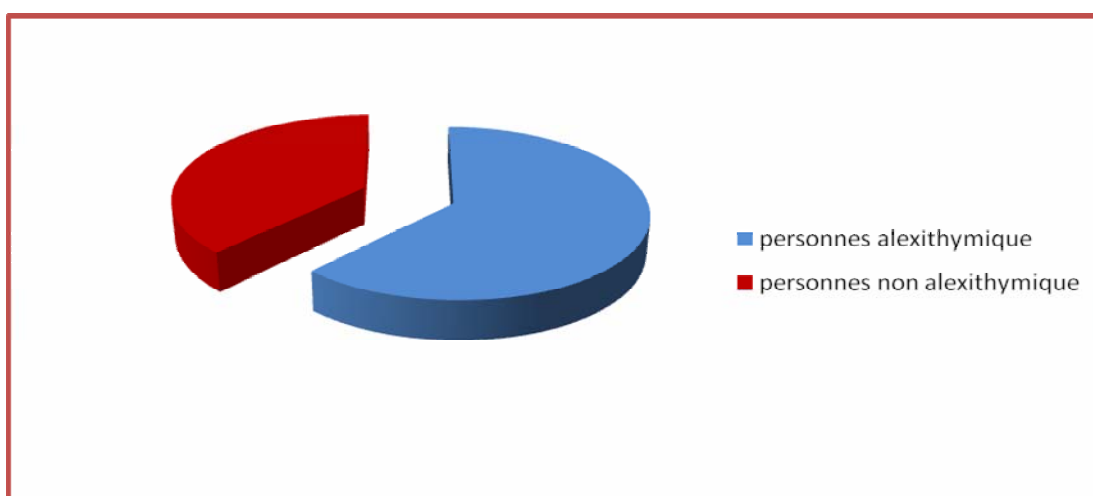


Figure 13: la prévalence de l'alexithymie chez nos patients

Le facteur III de l'alexithymie (la pensée opératoire) était très élevé par rapport aux autres facteurs. (Tableau III)

Tableau III : Les valeurs des facteurs de l'alexithymie chez nos patients

Facteurs	Facteur I Identification des sentiments	Facteur II La vie imaginaire	Facteur III La pensée opératoire	TAS-20
Moyenne	19,54 ($\pm 6,9$)	15,11 ($\pm 4,4$)	24,41 ($\pm 6,4$)	58,95 ($\pm 15,5$)
Minimum-Maximum	6-35	6-24	10-39	27-87

Tableau récapitulatif IV : Les Caractéristiques psychotoxiques de nos patients

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage
Les antécédents psychiatriques personnels : - Dépression - Tentative de suicide - Trouble anxieux - Accès psychotique aigu	21 4 4 0	14 2.7 2.7 0
Les antécédents psychiatriques familiaux : - Dépression - Tentative de suicide - Trouble anxieux - Accès psychotique aigu	11 1 1 0	7.3 0.7 0.7 0
Les habitudes toxiques : - Tabac - Alcool - Cannabis	35 24 18	23.3 16 12
La prévalence de l'alexithymie	93	62
La prévalence de la dépression	83	55.4
Scores moyens des facteurs d'alexithymie : - Facteur I (identifier les sentiments) - Facteur II (la vie imaginaire) - Facteur III (pensée opératoire)	19.54 (± 6.97) 15.11 (± 4.42) 24.41 (± 6.45)	

II-Analyse bivariée:

1-Relation dépression et dermatose :

1-1-Dépression /âge :

La dépression était plus importante dans la tranche d'âge comprise entre 26 et 35 ans (61.5%). Ce résultat n'était pas significatif : Pearson (P)=0,534. (Fig.14)

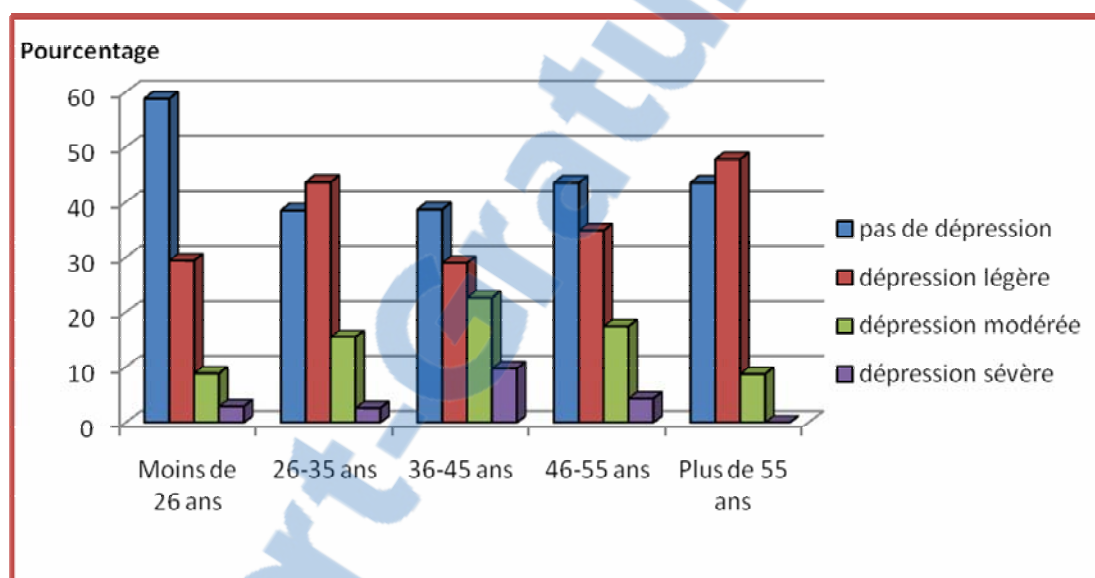


Figure 14 : rapport de dépression avec l'âge

1-2-Dépression / sexe :

Il n'y avait pas de différence significative de dépression par rapport au sexe des patients P=0,989 (fig.15)

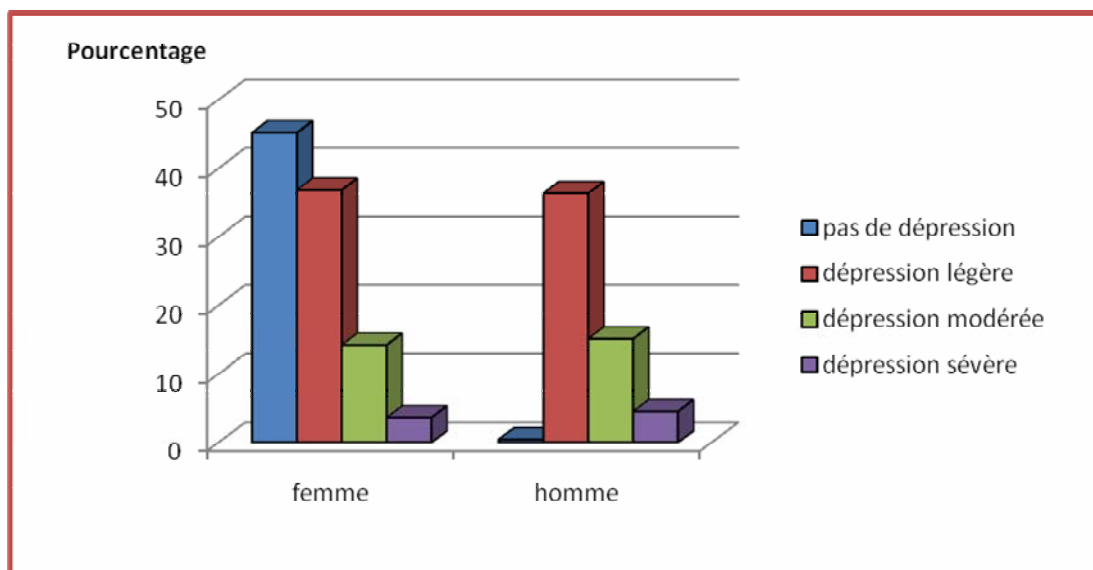


Figure 15 : rapport dépression et sexe

1-3-Dépression /situation martiale

La prévalence de la dépression était très importante chez les patients (es) divorcés (es).Ce résultat n'était pas significatif ($P= 0.185$). (fig.16)

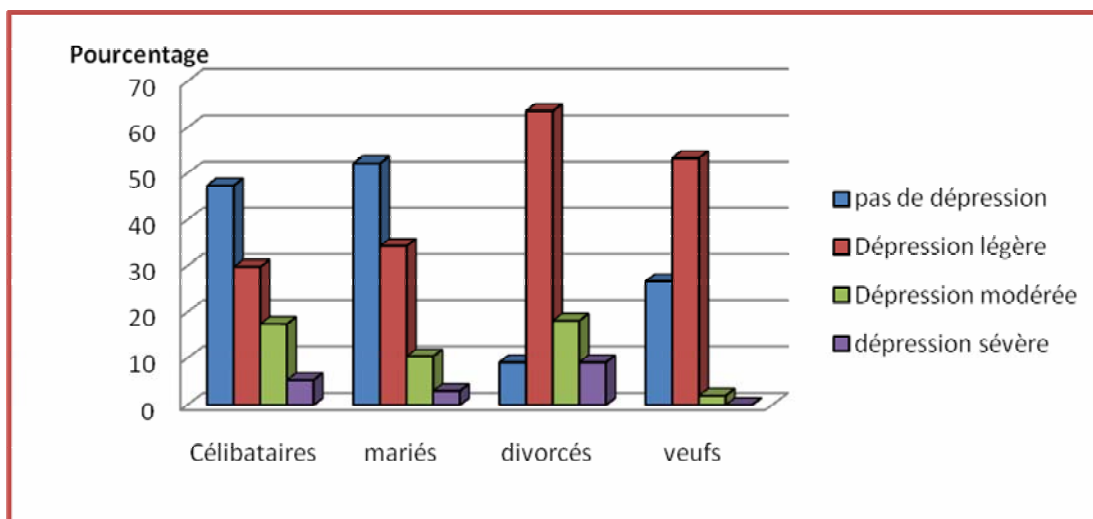


Figure 16 : la prévalence de la dépression selon l'état matrimonial

1-4-Dépression / type de dermatose :

La dépression était plus importante en cas de maladies du cuir chevelu (68,4%) et en cas de troubles de pigmentation (63,6%). Ce résultat était significatif : $P= 0,004$ (fig.17)

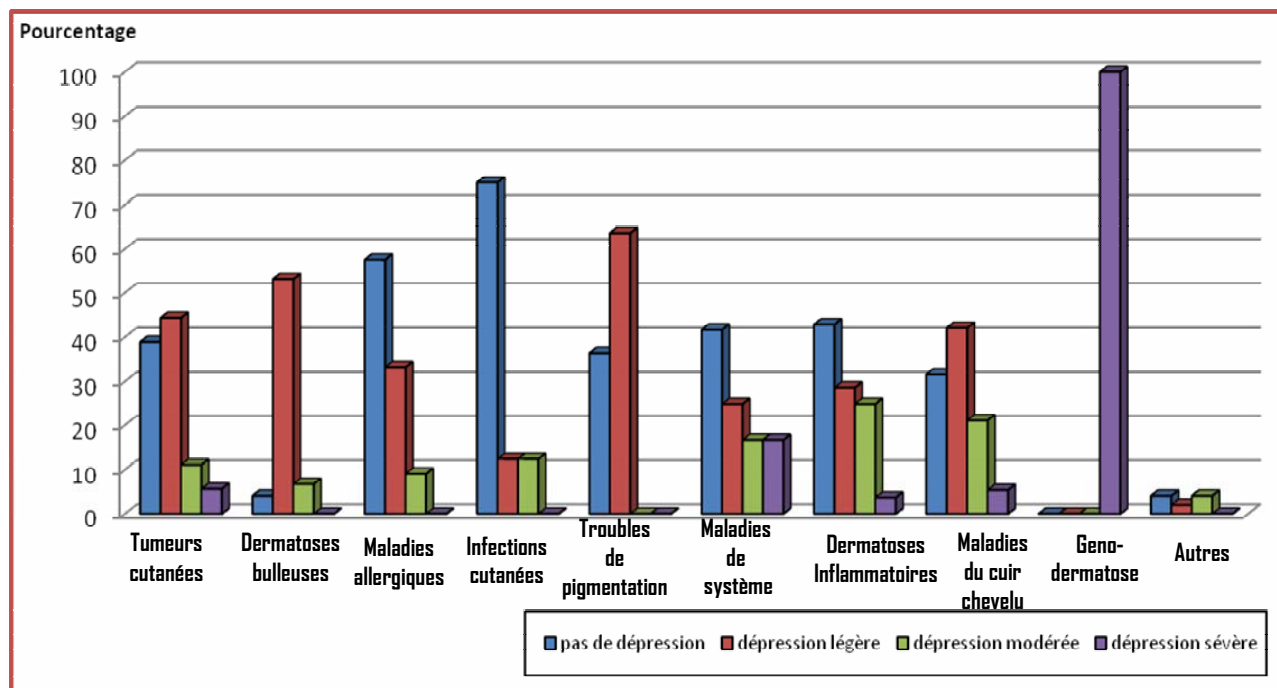


Figure 17 : rapport dépression et type de dermatose

1-5-Dépression/malignité :

La prévalence de la dépression était très importante en de dermatoses malignes (61,1%) contre 54,5% en cas de dermatoses bénignes. Ce résultat n'était pas significatif $P=0,414$. (fig.18)



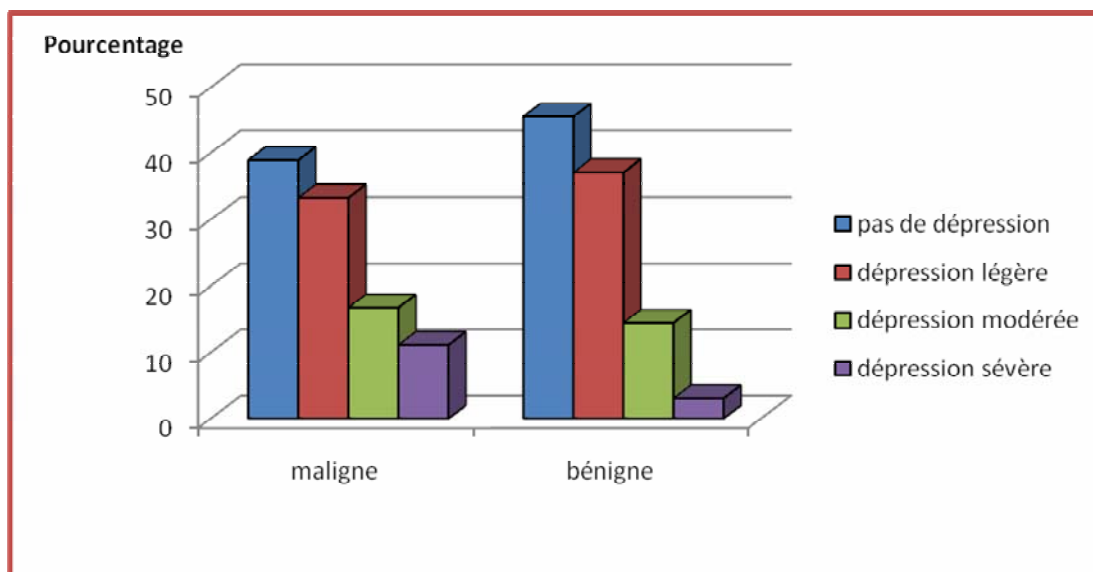


Figure 18 : rapport entre la dépression et la malignité des dermatoses

1-6-Dépression/la durée de la dermatose :

La dépression était très importante si la durée de survenue de dermatose était entre 6 mois et 1 an. Ce résultat était très significatif : $P=0,004$. (fig19)

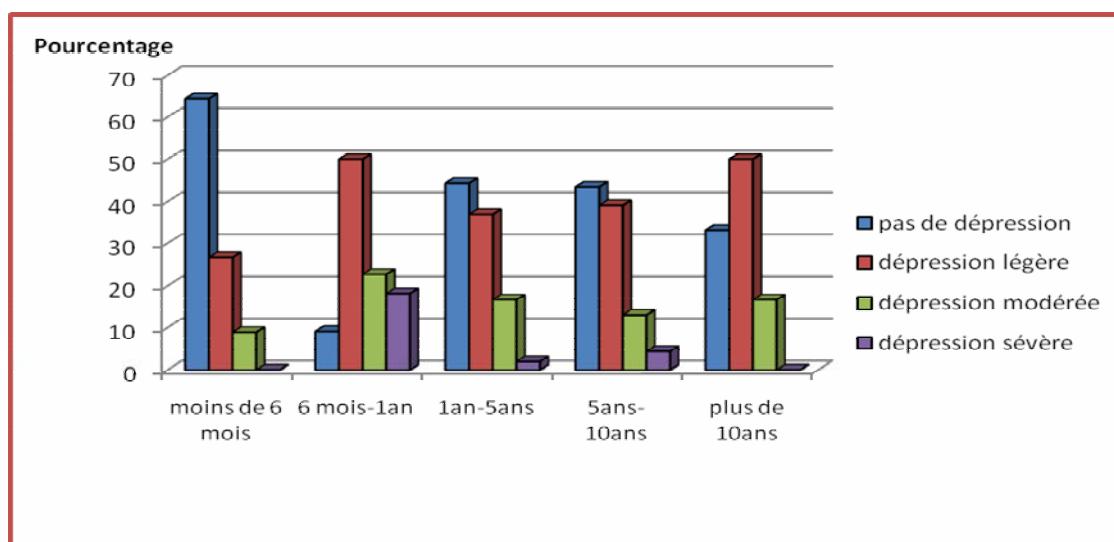


Figure 19 : rapport entre la dépression et la durée de la dermatose

1-7-Dépression / visibilité :

La dépression était très fréquente en cas de dermatoses visibles (56,5%) : $P=0,849$. Ce résultat n'était pas significatif (fig.20)

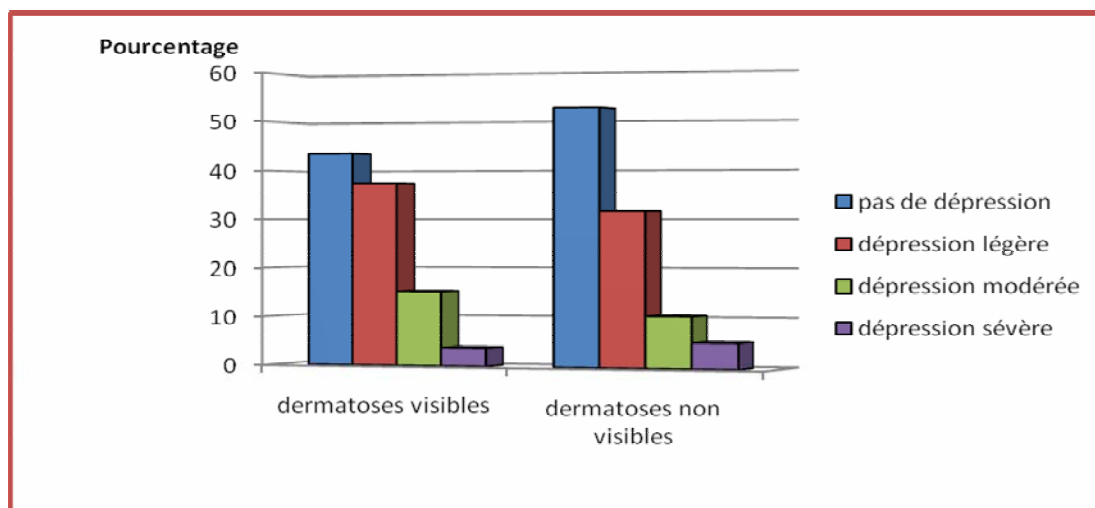


Figure 20 : rapport entre la dépression et la visibilité de la dermatose

1-8-Dépression / l'extension de la dermatose :

La dépression était très fréquente en cas de dermatose localisée mais ce n'était pas significatif $P=0,922$. (fig.21)

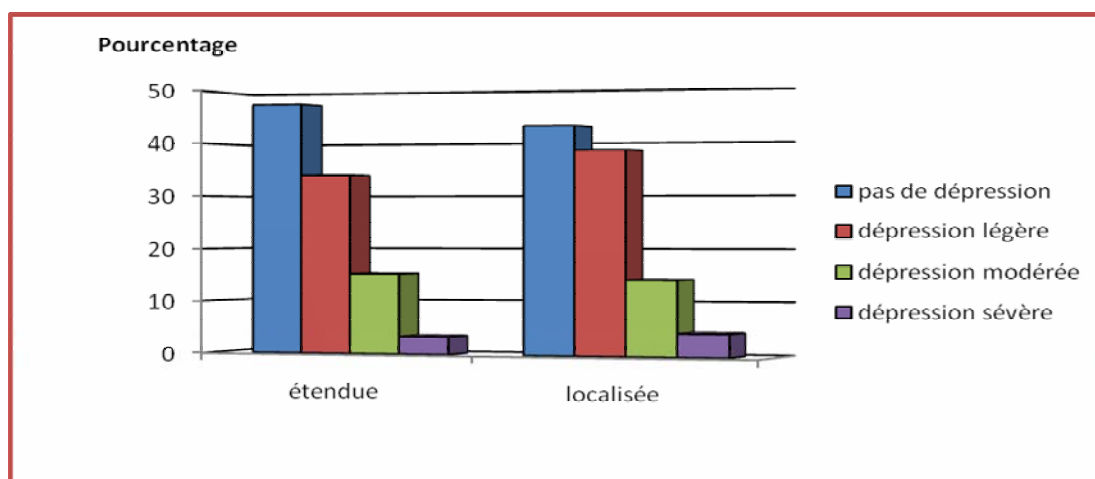


Figure 21 : rapport entre dépression et l'extension de la dermatose

1-9-Dépression/la présence de comorbidité :

La dépression était fréquente en cas de présence d'autres maladies organiques associées à la dermatose. Ce résultat n'était pas significatif, $P=0,082$ (fig.22)

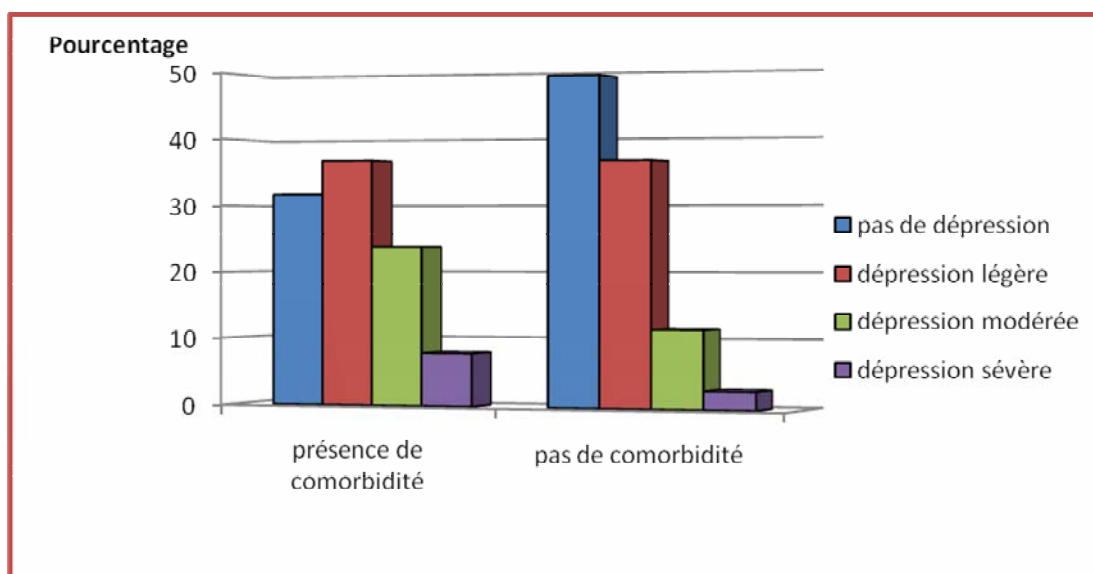


Figure 22 : rapport entre la dépression et la présence de comorbidité organique à la dermatose.

**Tableau récapitulatif V : Corrélations entre la dépression
et les caractéristiques de l'échantillon**

Les caractéristiques de l'échantillon	Corrélation avec la dépression (L'indice de Pearson)
<u>-caractéristiques sociodémographiques :</u>	
-Age	P=0,534
-Sexe	P=0,989
-Situation martiale	P=0,185
<u>-Caractéristiques de la dermatose :</u>	
-Type de dermatose	P=0,004
-Durée de survenue	P=0,004
-Malignité	P=0,414
-Visibilité	P=0,849
-Extension de la lésion	P=0,922
-Présence de comorbidité organique	P=0,082

Les résultats sont significatifs si l'indice de Pearson < à 0.005

La dépression était plus fréquente chez les patients atteints de maladies du cuir chevelu ou de troubles de pigmentation et dans les cas des dermatoses chroniques qui duraient plus de 6 mois.

2– Relation alexithymie et dermatose :

2-1-Alexithymie/âge :

Les 2/3 de notre population étaient représentés par la tranche d'âge entre 26 et 55 ans. La prévalence de l'alexithymie était presque semblable dans cette tranche d'âge. La différence n'était pas statistiquement significative ($P=0.667$). (fig. 23)

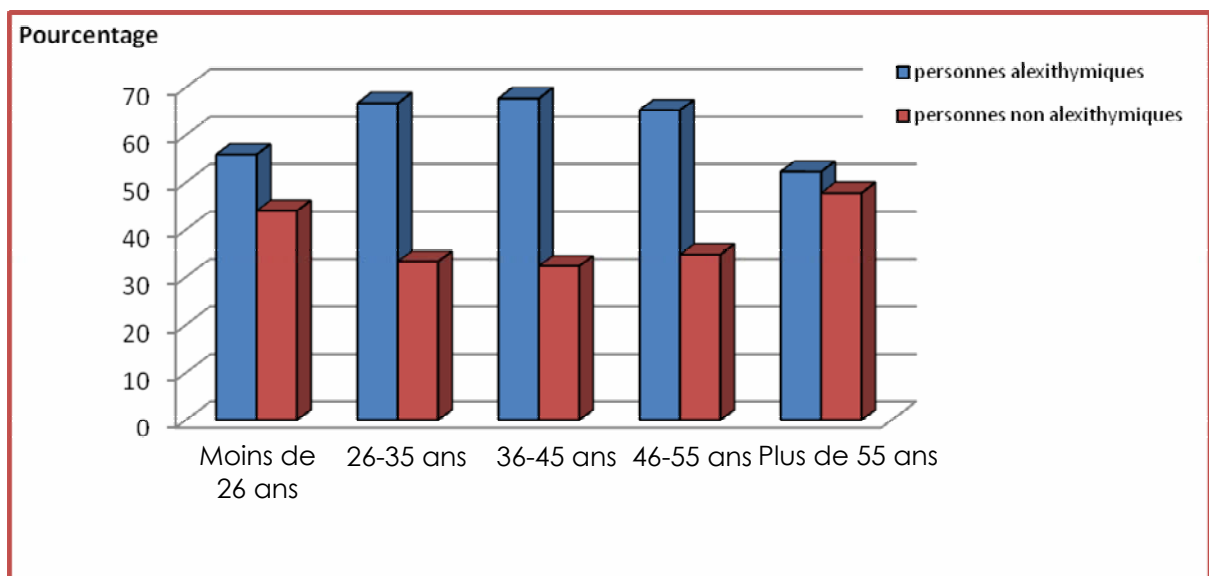


Figure 23 : Rapport entre alexithymie et l'âge

2-2-Alexithymie / sexe :

La prévalence d'alexithymie chez les hommes était de 66,7% et de 58,3% chez les femmes. L'alexithymie n'était pas influencée par le sexe. Cette différence n'était pas significative $P= 0,297$. (fig.24)

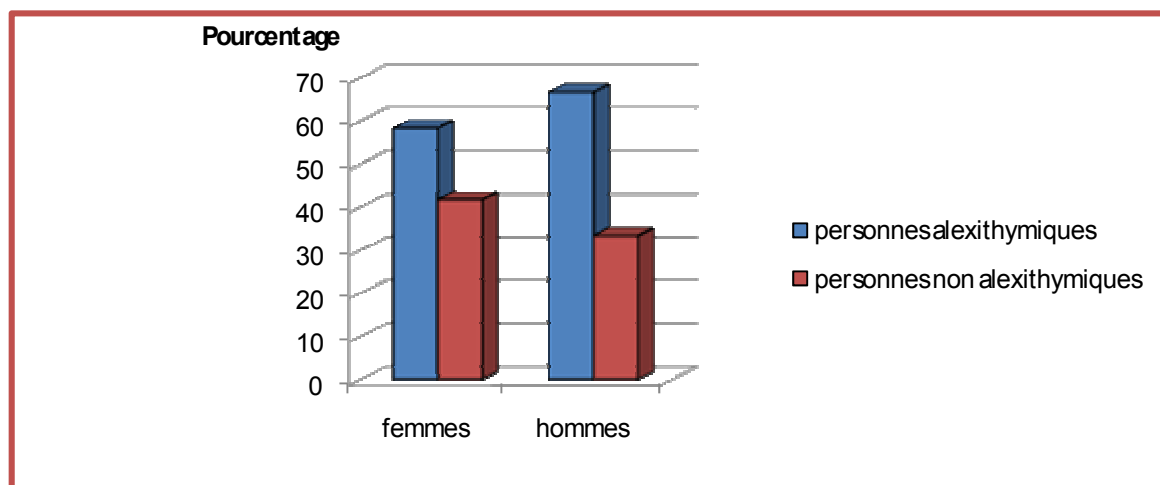


Figure 24 : rapport alexithymie et sexe

2-3-Alexithymie/type de dermatose :

Pas de corrélation significative entre l'alexithymie et le type de la dermatose, $P=0,447$ (fig.25)

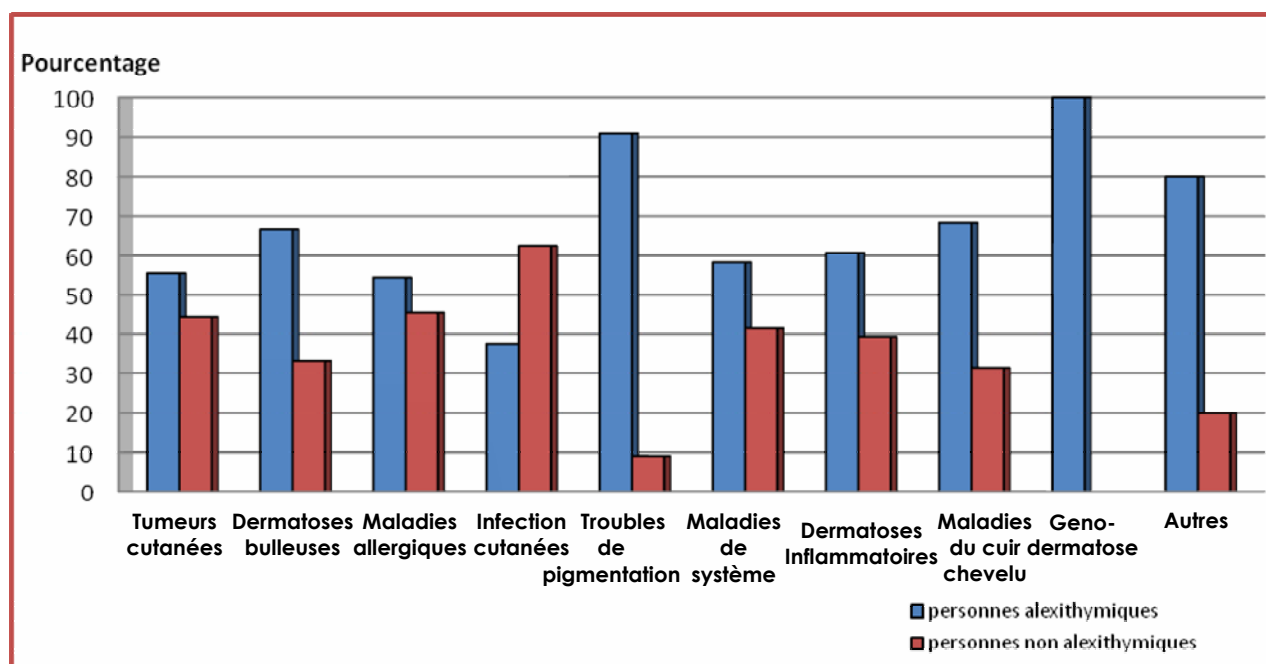


Figure 25 : rapport entre alexithymie et type de dermatoses

2-4-Alexithymie /malignité :

La prévalence de l'alexithymie n'était pas influencé par la malignité de la dermatose, $P=0,934$. (fig.26)

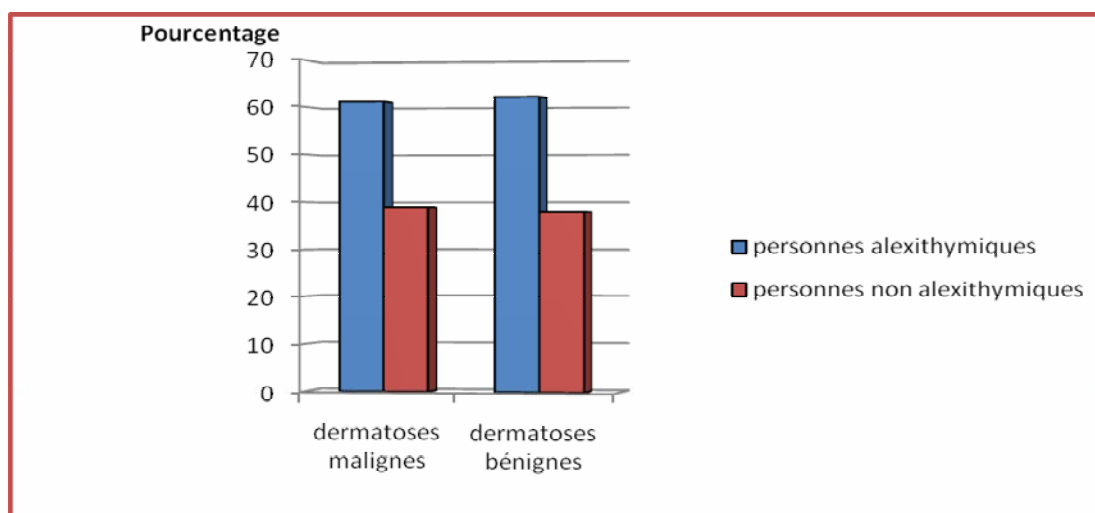


Figure 26 : rapport entre alexithymie et la malignité

2-5-Alexithymie /la comorbidité

Il n'y avait pas de corrélation entre le taux d'alexithymie et la présence de comorbidité organique à la dermatose, $P=0,829$. (Fig .27)

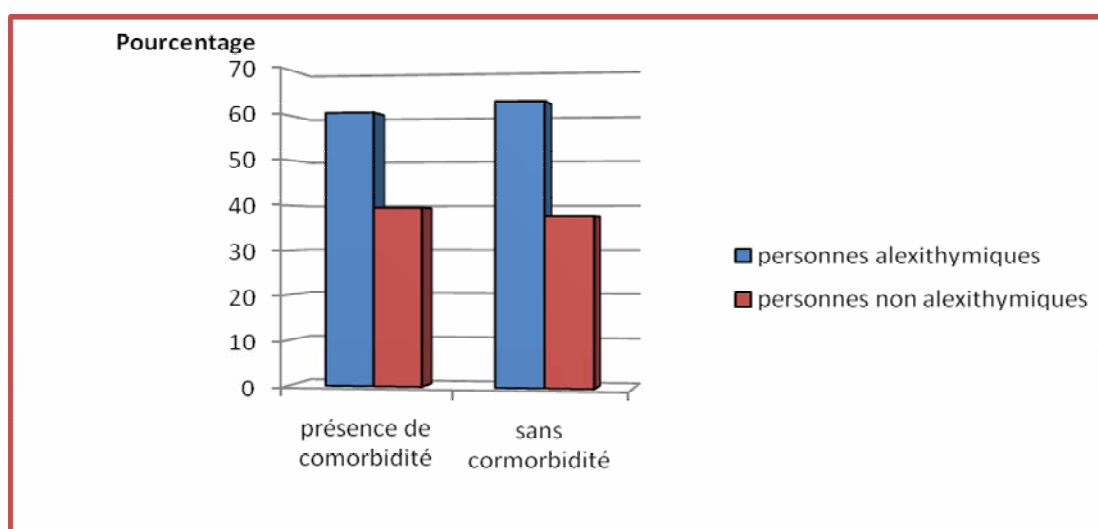


Figure 27 : rapport entre alexithymie et comorbidité

2-6-Alexithymie/ visibilité

La corrélation entre l'alexithymie et la visibilité de la dermatose était à la limite de la signification, $P=0.056$. (fig.28)

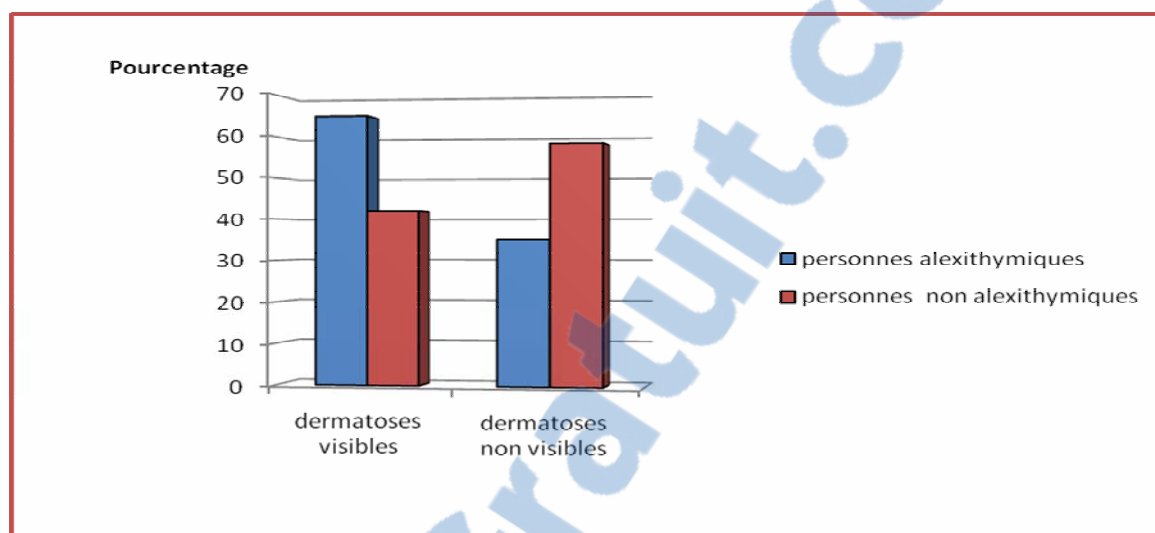


Figure 28 : rapport entre alexithymie et visibilité des lésions

2-7-Alexithymie /extension des dermatoses

Il n'y avait pas de corrélation significative entre l'alexithymie et l'extension de la dermatose, $P=0,885$. (Fig.29)

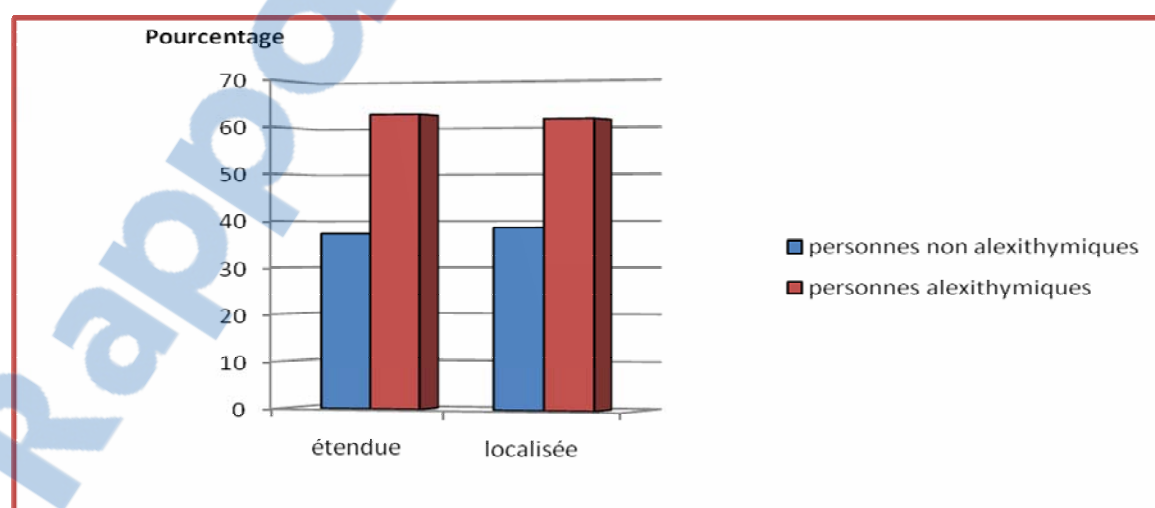


Figure 29 : rapport entre alexithymie et l'extension des dermatoses

2-8-Alexithymie / durée de dermatose :

La prévalence d'alexithymie était plus importante dans le cas de dermatose qui durait plus de 6 mois, $P=0,001$. Ce résultat était significatif. (fig.30)

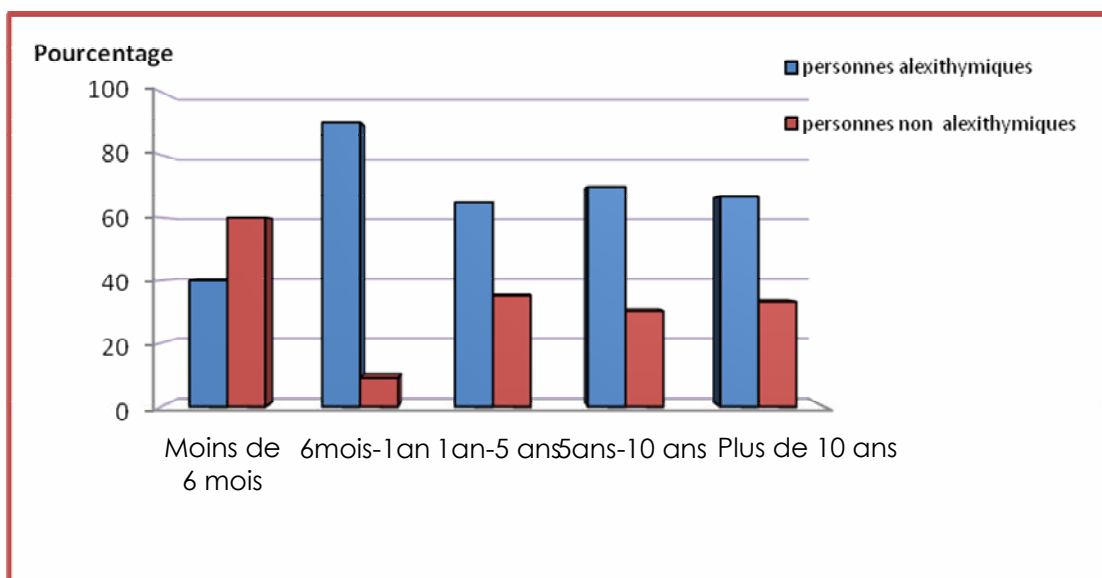


Figure 30 : rapport entre alexithymie et la durée des dermatoses

3- relation entre alexithymie et la dépression :

L'alexithymie était un facteur prédisposant à la dépression, la prévalence de celle-ci était très importante chez les personnes alexithymiques. Ce résultat était significatif, $P=0.000$ (fig.31)

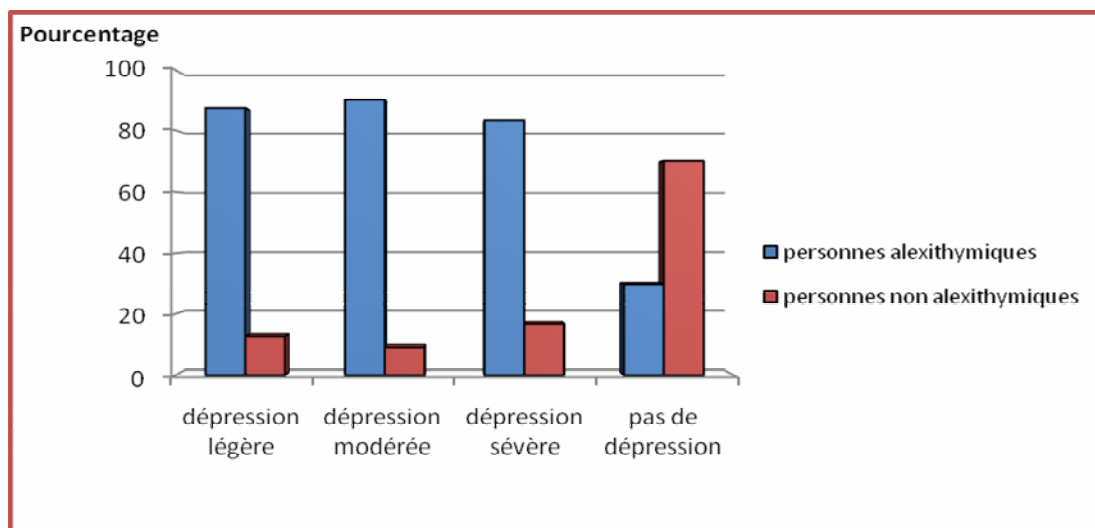


Figure 31 : rapport entre l'alexithymie et la dépression

**Tableau récapitulatif VI : Corrélation entre l'alexithymie
et les caractéristiques de nos patients :**

Les caractéristiques de l'échantillon	Corrélation avec l'alexithymie (L'indice de Pearson)
<u>-caractéristiques sociodémographiques :</u>	
-Age	P=0,665
-Sexe	P=0,297
<u>-Caractéristiques de la dermatose :</u>	
-Type de dermatose	P=0,447
-Durée de survenue	P=0,001
-Malignité	P=0,934
-Visibilité	P=0,056
-Extension de la lésion	P=0,885
-Présence de comorbidité organique	P=0,829
	P=0,000
<u>-Dépression :</u>	

Les résultats sont significatifs si l'indice de Pearson < à 0.005

L'alexithymie était plus fréquente en cas de dermatose chronique qui durait plus de 6 mois, en cas de dermatose visible et chez les sujets déprimés.



I– Généralités :

1) Notion d'alexithymie :

Le terme d'alexithymie a été créé par Sifneos en collaboration avec Nemiah à partir d'observations de malades souffrant d'affections psychosomatiques (1).

Selon Sifneos, c'est une difficulté dans l'expression verbale des émotions prédisposant aux troubles psychosomatiques. Il décrit l'alexithymie comme : « une vie fantasmatique pauvre avec comme résultat une forme de pensée utilitaire, une tendance à utiliser l'action pour éviter les conflits et les situations stressantes, une restriction marquée dans l'expérience des émotions et particulièrement une difficulté à trouver les mots pour décrire les sentiments ». Il l'a défini comme un déficit de l'affect : « Une inhabilité à pouvoir faire des connexions entre les émotions et les idées, les pensées, les fantasmes, qui en général les accompagnent » (1).

Le mode de communication des sujets alexithymiques se caractérise par une pensée symbolique très réduite, d'où une pensée à contenu pragmatique et un mode d'expression descriptive. Ceci donne par exemple un discours constitué d'une énumération de détails concernant des faits extérieurs. (3)

Les sujets alexithymiques ont une tendance à l'agir, à l'impulsivité et à l'évitement dans la gestion des conflits. Ils se plaignent essentiellement de symptômes somatiques, souvent sans cause organique sous-jacente (2).

La dimension alexithymique a été décrite dans la population générale, sa prévalence dépend étroitement des échelles utilisées, avec la TAS-20, elle varie entre 17 et 23% (9).

Sa prévalence est beaucoup plus élevée, chez les patients présentant des maladies à forte composante psychosomatique (psoriasis, Asthme, Ulcère gastroduodéal, HTA essentielle.....etc.), elle varie de 30 à 66% (3).

Selon plusieurs auteurs (Porcelli et al (1995) et Tordereller et al.): l'alexithymie constituerait une dimension primordiale pouvant favoriser l'expression de maladies psychosomatiques (3).

Une fréquence de distribution de l'alexithymie a été retrouvée de façon importante dans certaines pathologies psychiatriques et notamment dans les conduites addictives (toxicomanie (40%), alcoolisme (70 %) et les troubles de conduites alimentaires (52,5%)).(2, 10, 11)

Sur le plan étiopathogénique de l'alexithymie, des nombreuses hypothèses ont été développées pour essayer de mieux comprendre l'origine de ce fonctionnement mental. Il semble que de multiples facteurs jouent un rôle dans le développement d'un phénomène aussi complexe (2):

- ⇒ Hypothèse neurophysiologique : l'alexithymie est due soit à une absence de connections entre le système limbique (lieu des émotions) et le néocortex (Nemiah et Sifneos 1970) ou bien à un hypofonctionnement de l'hémisphère droit et un hyperfonctionnement de l'hémisphère gauche responsable d'une défaillance du transfert inter hémisphérique des informations émotionnelles (Tenhouten et al 1987).
- ⇒ Approche psychodynamique : ce concept d'alexithymie aurait une valeur défensive contre des douleurs morales intolérables et des angoisses liées à des situations interpersonnelles ou traumatisantes. (Lane et al 1998)
- ⇒ Approche cognitive : l'alexithymie traduirait l'adaptation du système cognitif d'un individu aux contraintes d'une situation pénible. L'attention serait alors redistribuée vers des préoccupations matérielles et différents aménagements dans la gestion des conflits mentaux. (Wehmer et Lakey, 1996).

L'hypothèse de l'alexithymie comme facteur de vulnérabilité à l'expression de maladies psychosomatiques a donc été mise en parallèle avec celle d'une alexithymie secondaire, témoin d'une stratégie de coping, et d'un mécanisme d'adaptation. De cette constatation, Freyberger (1977) a proposé de distinguer l'alexithymie primaire et secondaire (2) :

- ✓ L'alexithymie primaire (alexithymie trait) serait considérée comme « innée » et stable dans le temps. Elle serait alors comme un facteur de vulnérabilité
-

prédisposant à l'expression de maladies organiques (le lien entre l'alexithymie et troubles psychosomatiques est certain mais non exclusif).

- ✓ L'alexithymie secondaire (alexithymie état) serait provoquée par des situations de stress contre lesquelles elle constituerait un mécanisme de défense. Il s'agirait d'une stratégie d'ajustement en jouant le rôle de facteur protecteur face à des événements de vie stressants ou à des affects traumatiques.

Soulignons l'incapacité actuelle à distinguer avec précision entre alexithymie primaire et secondaire

Enfin l'alexithymie n'est donc pas à ce jour reconnue comme une maladie ou comme un fonctionnement psychique pathologique, ni même un signe inclus dans un des tableaux actuellement décrits.

2) Evaluation de l'alexithymie :

L'étude de l'alexithymie a nécessité la mise au point d'instruments de mesure afin de permettre de quantifier le phénomène et d'assurer la vérification et la reproductibilité des travaux.

2-1-La Toronto Alexithymia Scale 20 (TAS 20):

La TAS, élaborée par l'équipe canadienne de Taylor (1994), est une échelle d'autoévaluation composée de 20 assertions. Elle est l'échelle qui présente les meilleurs paramètres métrologiques retrouvés dans de nombreux pays, ce qui atteste de la bonne validité transculturelle (8).

Après plusieurs étapes, les auteurs ont sélectionné 20 items se regroupant en trois composantes. Ces composantes sont retrouvées dans les études chez des patients psychosomatiques et psychiatriques et chez des sujets indemnes de toute pathologie.

Ces composantes sont:

- ↪ La difficulté à identifier ses sentiments et à pouvoir les distinguer des sensations corporelles;
- ↪ La difficulté à décrire ses sentiments à autrui;
- ↪ La pensée opératoire.

Ces composantes permettent de catégoriser les sujets et d'étudier de manière comparative les fréquences d'alexithymie entre divers groupes de sujets, sains ou malades. La traduction, l'adaptation et la validation de la TAS-20 en français ont été réalisées par Loas (1995) (9).

La TAS-20 a été utilisé dans diverses études pour préciser le lien entre l'alexithymie et les affections psychosomatiques et parmi les maladies psychosomatiques dites classiques, la prévalence la plus forte d'alexithymie a été trouvée pour l'hypertension essentielle (55%) (8).

Dans les affections psychiatriques, la TAS-20 a été utilisé dans la dépression, les troubles alimentaires et l'abus de substance psychoactive.

Les composantes de l'échelle et le score global sont peu corrélées avec l'âge, le niveau d'instruction, la désirabilité sociale et le statut socioéconomique (8).

2-2- Le "Bermond Vorst Alexithymia Questionnaire" (BVAQ).

Bermond et Vorst, deux auteurs néerlandais, ont développé dans le courant des années 90 un nouvel instrument de mesure d'alexithymie, c'est Bermond Vorst Alexithymia Questionnaire ou BVAQ évaluant cinq dimensions:

- ↪ une difficulté à identifier ses états émotionnels
 - ↪ une difficulté à exprimer verbalement ses états émotionnels à autrui
 - ↪ un appauvrissement de la vie fantasmatique
 - ↪ un style de pensée concret ou opératoire
 - ↪ une faible réactivité émotionnelle (la personne reste calme quand il se produit quelque chose de tout à fait imprévu (13).
-

Les quatre premières dimensions concernent des aspects habituellement mesurés par les échelles d'alexithymie. En revanche, la dimension de faible réactivité est nouvelle et elle concerne la capacité de l'individu à ressentir des émotions en présence d'une scène admise comme émouvante.

Les premiers résultats psychométriques sont encourageants mais des données complémentaires sur la validité de l'échelle BVAQ restent encore nécessaires.

Cette échelle existe en français et anglais.

2-3-Le Beth Israël Questionnaire (BIQ) :

BIQ a été forgé par Sifneos en même temps (1973) que le concept d'alexithymie. C'est le seul instrument d'évaluation externe, et à ce titre il conserve toute son importance. Le BIQ consiste en un questionnaire coté par l'investigateur après un entretien semi structuré d'une demi-heure environ (hétéro évaluation). Cette échelle existe en version française, traduite par Smith (1992), mais les paramètres métrologiques n'ont pas été publiés à ce jour, notamment la fidélité inter-juges qui pose le plus de problèmes (14).

3) Alexithymie et maladies psychosomatiques:

Depuis une dizaine d'années, les études sur l'alexithymie se multiplient, et tendent à mieux circonscrire ce concept multidimensionnel en proposant un certain nombre d'explications. Même si ces études sur le sujet ne sont pas encore transigeantes, on possède des données significatives permettant d'infirmier l'existence d'une relation univoque entre l'alexithymie et les maladies somatiques à forte composante psychosomatique.

La première étude, réalisée par Sifneos, en 1973, a montré que 44 % des malades psychosomatiques étaient considérés comme alexithymiques, et que cette prévalence variait de 33 % à 47 % dans le cas des maladies respiratoires, de 30 % à 66 % dans le cas des douleurs chroniques et de 20 à 45 % dans le cas des maladies du système digestif (15).

D'autres études ont montré que les prévalences de l'alexithymie étaient particulièrement élevées dans l'hypertension artérielle et dans certains troubles intestinaux (syndrome du côlon irritable); En ce qui concerne l'hypertension artérielle, la prévalence d'alexithymie variait de 53 à 55% respectivement dans deux études, l'une menée en Italie et l'autre en Finlande, par rapport à une prévalence de 13 à 16% pour le groupe contrôle qui ne souffrait pas d'hypertension artérielle (16). Une prévalence de 36% a par ailleurs été trouvée dans un échantillon de patients souffrant du syndrome du colon irritable par rapport à un groupe contrôle apparié pour le sexe, l'âge et Le niveau d'éducation (17).

Certaines études soulignent également la pertinence du Concept de l'alexithymie en tant que facteur de vulnérabilité dans une série d'autres affections somatiques (notamment le diabète de type I, l'asthme). (15)

Quant aux dermatoses, les études sur l'alexithymie sont peu nombreuses :

⇒ Une étude Italienne récente en 2007, réalisée chez 491 sujets souffrants de multiples dermatoses, a montré une prévalence de l'alexithymie de 22,4%.(4)

⇒ Une étude réalisée, en Angleterre en 2005, sur un échantillon de 300 patients atteints de psoriasis a révélé une prévalence d'alexithymie de 35%.(18)

⇒ Une autre étude, faite en 2006, sur 43 patients turques présentant une pelade, a montré une prévalence d'alexithymie de 44,2%.(19)

Aux vues de la plupart des études, les malades psychosomatiques apparaissent plus alexithymiques et de façon importante par rapport aux sujets sains.

4) Alexithymie et Dépression:

Il existe une divergence des opinions des auteurs à propos de l'existence de lien entre la dépression et l'alexithymie. Certains auteurs considèrent que l'alexithymie est la cause de la dépression, chez les autres, elle en serait la conséquence (20).

Donc Deux hypothèses sont proposées (21) :

- la première considère l'alexithymie comme la conséquence de la dépression et qu'elle fait partie intégrante de la symptomatologie dépressive. Dans cette conception, l'indifférence affective et la faible réactivité émotionnelle, qui caractérisent les sujets déprimés, les empêchent à identifier et à décrire leurs émotions. L'alexithymie est donc ici considérée comme un phénomène secondaire au trouble dépressif.

- La seconde conception, quant à elle, avance l'hypothèse suivante : que l'alexithymie intervient comme un facteur de vulnérabilité et/ou de renforcement du trouble dépressif. Les auteurs, ayant adopté cette conception, ont rapporté que les sujets alexithymiques présentent une humeur dépressive accentuée par rapport aux sujets non alexithymiques et que leurs traits alexithymiques persistent malgré la résolution de leur épisode dépressif. L'alexithymie est donc ici un état psychologique stable qui prédispose les sujets à avoir plus de trouble dépressif.

La relation entre l'alexithymie et la dépression a fait l'objet de plusieurs études qui ont tenté de préciser la nature de cette relation et parmi ces études :

⇒ Aino K. Mattila et al ont étudié l'alexithymie chez les 389 sujets déprimés, en Finlande (2007), et ils ont rapporté que la prévalence de l'alexithymie était de 33,8 % chez ces sujets déprimés (22).

⇒ Une étude de l'alexithymie a été effectuée, par Kirsi Honkalampi et al (2001), chez 116 sujets souffrant d'une dépression sévère. Ces auteurs ont rapporté que 55% de ces sujets étaient alexithymiques (23).

⇒ En même année, Jukka Hintikka et al ont étudié la relation entre l'alexithymie et la dépression chez 3004 sujets en Finlande et ils ont trouvé une prévalence d'alexithymie de 39,5% chez les sujets déprimés au sein de la population étudiée (24).

⇒ Une étude italienne chez 113 patients, réalisée par C. Marchesi et al (2000), a montré que les scores de la TAS-20 étaient très élevés chez les sujets déprimés avec un score moyen de la TAS-20 de 53,4 chez ces sujets par rapport aux sujets sains (25).

Selon les différents auteurs les troubles dépressifs présentent des rapports complexes avec le concept d'alexithymie et ces rapports restent à éclaircir.

5) Dépression et dermatose:

Les dermatoses sont des affections, qui atteignent la peau, organe visible, privilégié de la vie de relation. Elles peuvent entraîner des modifications corporelles importantes et par conséquent une altération de l'image de soi avec une perte de l'estime de soi. Et selon les cas, une telle image altérée va être source de curiosité, de dégoût, de répulsion ou encore de gêne ou de honte. Même si les dermatoses en général ne mettent pas en péril la vie, elles sont aussi invalidantes et source de dépression que des maladies somatiques réputées plus graves (maladies cancéreuses, cardio-vasculaires, rhumatismales...) (26).

Plusieurs études ont évalué la prévalence de la dépression chez les personnes présentant une dermatose, parmi ces études :

- une étude ancienne réalisée par Sandra Jowett et Terence Ryan, en Angleterre en 1985, chez 100 patients atteints de dermatose a montré une prévalence de dépression de 29% chez ces sujets (27).
- Une autre étude canadienne a examiné la prévalence de la dépression chez 480 malades atteints d'une dermatose, effectuée par Fried et al en 2005 qui a trouvé une prévalence de 30%(28).
- En Espagne, une étude a été menée par Servando marro et al (2005) objectivant une prévalence de dépression chez 1000 patients ayant une dermatose de 25% (29).
- En 2004, en Italie, Angelo Picardi et al ont rapporté que 22% des 521 patients souffrant de dermatose avaient une dépression (30).
- Aux Etats-Unis, A.A. Nirenberg et al (1995) ont trouvé chez 101 patients une prévalence de 13,8% de dépression en cas de dermatose (31).

D'autres études ont évalué cette prévalence selon le type de dermatose et elles ont trouvé des résultats importants, parmi ces études :

- Fava et al. ont étudié la symptomatologie anxiodépressive chez 300 patients, en Angleterre (1980), atteints d'urticaire chronique, de psoriasis ou d'infection fongique cutanée et ils ont trouvé que le groupe présentant d'urticaire chronique avait significativement plus de symptômes anxiodépressifs que les autres groupes (32).
- Lyketsos et al. ont mené une étude, en Grèce (1985), chez des patients hospitalisés pour des pathologies dermatologiques et ils ont constaté que les patients atteints d'urticaire chronique ont une dépression élevée (79%) par rapport aux autres patients atteints d'autres dermatoses (33).

Enfin, la plupart des études ont montré des prévalences élevées de la dépression dans plusieurs dermatoses, d'où la nécessité de dépister cette comorbidité afin d'adapter une prise en charge plus appropriée pour diminuer la souffrance de ces patients.

II/ Discussion des résultats:

1 – Comparaison des prévalences de la dépression dans les dermatoses:

notre étude montre un niveau élevé de symptomatologie dépressive chez les malades souffrant d'une dermatose. En effet, 55,3% de nos patients avaient une symptomatologie dépressive dépistée par le questionnaire de Hamilton.

Pour mieux situer notre résultat, nous l'avons comparé avec des études réalisées dans d'autres pays (Tableau n° VII):

Une prévalence proche de la notre a été trouvée par W. R. Woodruff et al, en Angleterre (1997), chez 149 patients atteints de dermatose qui était de 44% (34).

Une prévalence moins importante a été trouvée, par Basak kandi et al de 35,9% chez 520 patients présentant une dermatose en Turquie (35).

Tableau n° VII : Comparaison de notre prévalence de la dépression avec d'autres pays.

Pays	Auteurs	Année	Effectif	Prévalence de la dépression
Angleterre	Woodruff	1997	149	44%
Inde	kuruvila	2004	300	36,33%
turquie	Kandi	2005	520	35,9%
France	Dehen	2006	879	23,6%
Maroc	Notre étude	2007	150	55,3%

Dans notre étude, la prévalence de la dépression était fréquente avec une prédominance de dépression légère représentant 36,7%, contre 14,7% de dépression modérée et 4% de dépression sévère.

La sévérité de la dépression a été étudiée dans une étude israélienne effectuée par Arnon D. Cohen et al chez 384 patients atteints de dermatose qui ont mis en évidence une dépression à prédominance modérée (19,3%) chez leurs patients contre 9,6% dépression sévère et 0,8% de dépression légère (36).

W. R. Woodruff et al ont rapporté une prévalence de dépression à prédominance modérée (28%), contre 14% de dépression sévère et 2% de dépression légère chez 149 de patients atteints de dermatose à l'Angleterre (34). (Tableau VIII)

Tableau VIII : Comparaison de la sévérité de la dépression avec d'autres pays

Auteurs	Effectif	Prévalence de la dépression		
		Dépression légère	Dépression modérée	Dépression sévère
Cohen	384	0,8%	19,3%	9,6%
Woodruff	149	2%	28%	14%
Notre étude	150	36,7%	14,7%	4%

2-Comparaison des prévalences de l'alexithymie dans les dermatoses :

Dans notre étude, la prévalence de l'alexithymie chez nos patients était de 62% dépistée à l'aide de l'échelle TAS-20.

Pour mieux situer notre résultat, nous l'avons comparé avec des études réalisées dans d'autres pays qui ont utilisé le même instrument que le notre (TAS-20) (Tableau n° XIII) :

En 2007, Angelo picardi et al ont rapporté une prévalence d'alexithymie de 22,4% dans un échantillon de 491 patients atteints de dermatose en Italie(4).

En 2006, Ayça Cordan et al ont trouvé une prévalence de l'alexithymie de 44,2% chez 43 patients souffrant d'une pelade en Turquie (19).

En 2005, Helen L. Richards et al ont mis en évidence une prévalence de l'alexithymie de 35% chez 300 patients présentant un psoriasis en Angleterre (18). (Tableau IX)

Tableau n° IX : Comparaison de la prévalence de l'alexithymie avec d'autres pays:

Pays	Année	Echantillon	Effectif	Prévalence de l'alexithymie
Italie	2007	Multiples dermatoses	491	22,4%
Turquie	2006	Pelade	43	44,2%
Angleterre	2005	Psoriasis	300	35%
Notre étude	2007	Multiples dermatoses	150	62%

La différence entre ces prévalences de l'alexithymie est probablement due à l'échantillonnage (les dermatoses étudiées) ainsi que l'effectif sélectionné.

3- Comparaison du profil de nos patients déprimés :

3-1-comparaison de l'âge :

Dans notre étude, la dépression était prédominante de façon non significative chez les patients de la tranche d'âge comprise entre 26 et 55 ans avec 61,5% des patients déprimés.

Arnon D. Cohen et al ont rapporté que la dépression était prédominante entre 40-59 ans avec une prévalence qui dépasse 77% parmi une population âgée de 20 à 65 ans (36).

3-2-comparaison du sexe :

Dans notre étude, la dépression était prédominante chez Les hommes avec une prévalence de 56,1% contre 54,8% chez les femmes. Ce résultat est statiquement non significatif ($P < 0.05$).

Ces résultats concordent avec plusieurs études :

- L'étude , effectuée par cohen et al, avait montré une prévalence de dépression de 65,2% chez les hommes et de 34,8% chez les femmes (36).
- l'étude de M.A.GUPTA et A.K.GUPTA, réalisée en canada (1998), a trouvé que les scores de dépression étaient plus élevés chez les hommes par rapport aux femmes (37).

3-4- comparaison de l'état matrimonial :

La prévalence de la dépression était très importante, de façon non significative, chez les patients (es) divorcés (es) avec 90.9% des patients déprimés et 73.3% chez les patients veufs.

Ces résultats sont proches de ceux trouvés, par Cohen et al, ayant rapporté que 90,4% des patients divorcés sont déprimés, contre 61,9% de dépression chez les patients célibataires et 37,8% chez les patients mariés (36).

Ce même résultat a été trouvé, chez 480 patients atteints de dermatose, par l'étude canadienne (2005), effectuée par Madhulika A. Gupta et al, ayant constaté une prédominance de la dépression chez les patients divorcés (38).

3-6-Comparaison de type de la dermatose :

Dans notre étude, la prévalence de La dépression était plus importante de façon significative chez les patients présentant des maladies du cuir chevelu (68,4%) et elle est de 63,6% en cas de troubles de pigmentation.

Fried et al, en canada (2005) chez 480 patients, ont rapporté que la prévalence de la dépression était très élevée en cas de dermatoses inflammatoires (rosacée, acné, psoriasis.), suivie par les dermatoses allergiques (surtout urticaire chronique) et vient juste après les maladies du cuir chevelu représentée par la pelade (28).

Dans l'étude de Cohen et al, les tumeurs bénignes et le psoriasis sont les plus responsables de la dépression avec successivement une prévalence de 94,1% et de 93,3% (36).

M.A. Gupta et A.K.Gupta ont trouvés que les dermatoses inflammatoires à type de psoriasis et l'acné ont des scores de dépression plus élevés que l'alopécie et la dermatite atopique.ils ont rapporté aussi que le risque suicidaire était de 7,2% en cas de psoriasis et de 5,6% en cas de l'acné (37).

3-7-Comparaison de la malignité :

Dans notre étude, la dépression était trouvée dans les 2/3 des tumeurs malignes. Ce résultat n'était pas significatif.

Ce résultat concorde avec celui trouvé par Servando et al, en Espagne, ayant rapporté que les scores de dépression étaient très élevés en cas de tumeurs malignes par rapport aux autres dermatoses (29).

3-8-Comparaison de la durée de la dermatose:

Dans notre étude, la dépression était plus importante de façon significative (90,9%) en cas de dermatoses chroniques qui duraient plus de 6 mois.

Cohen et al ont rapporté que la prévalence de la dépression était très importante (71,9%) surtout si la durée de la dermatose est comprise entre 6mois et 60 mois (36).

Cécile Legendre et al ont étudiée la symptomatologie anxiodépressive chez les patients présentant la sclérodermie, en France (2003), et ils ont constaté qu'il n'y avait pas de différence

significative entre les sujets déprimés et les sujets non déprimés pour la durée d'évolution de la maladie (39).

3-9-Comparaison de la visibilité :

Dans notre étude, la dépression se voyait plus en cas de dermatoses visibles avec une prévalence de 56,5%. Ce résultat n'était pas significatif.

Fried et al ont rapporté que les dermatoses visibles altèrent l'image de soi et cette altération est fréquemment associée à la dépression (28).

M.A.Gupta et A.K.Gupta ont rapporté que l'impact de l'acné sur l'image de soi est le facteur majeur responsable de la dépression en cas d'acné. En effet, les scores les plus élevés de la dépression se voient en cas des acnés sévères, qui ont plus de risque suicidaire que les acnés modérées à cause de l'importance de l'altération de l'image de soi (37).

3-10-Comparaison de l'extension :

Dans notre étude, la prévalence de la dépression en cas de dermatose localisée est de 57,1%. Ce résultat n'était pas significatif.

Fried et al ont constaté que les patients hospitalisés, ayant un psoriasis étendu, ont les scores les plus élevés de la dépression (28).

Cécile Legendre et al ont rapporté qu'il n'avait pas de différence significative entre les sujets déprimés et les sujets non déprimés pour la diffusion cutanée de la sclérodermie (39).

3-11-Comparaison de la comorbidité :

Dans notre étude, nos patients sont plus exposés à la dépression lors qu'une autre maladie s'associe à leurs dermatoses. Dans ce cas, la prévalence de la dépression est de 68,4% contre 50,9% au cas contraire.

Cohen et al ont rapporté que La dépression est fréquente en cas de présence d'autres maladies chroniques associées à la dermatose avec une prévalence de 77% contre 23,3% en cas d'absence de comorbidité (36).

4- Comparaison du profil des patients alexithymiques :

4-1-comparaison de l'âge :

Dans notre étude, La prévalence de l'alexithymie était plus élevée chez nos patients entre 26-45 ans avec une prévalence supérieure à 66,7%. Ce résultat n'était pas significatif

Dans l'étude d'Angelo Picardi et al, il n'y avait aucune corrélation significative entre l'âge et l'alexithymie chez les patients atteints de dermatose (4).

Ce même résultat a été trouvé par Helen L. Richardsa et al qui ont étudié l'alexithymie chez les patients souffrant de psoriasis (18).

L'étude d'A.K. Mattilaa et al, réalisée en Finlande, a trouvé une corrélation significative entre l'âge et l'alexithymie. Ces auteurs ont rapporté que plus les sujets avancent dans l'âge, plus leurs scores de l'alexithymie augmentent. En effet, les scores les plus faibles ont été trouvés chez les sujets dont l'âge est compris entre 30 et 44ans et les scores les plus élevés ont été constaté chez les sujets dont l'âge est supérieur à 85 ans(40).

4-2-comparaison du sexe :

Dans notre étude, L'alexithymie n'était pas influencée par le sexe, sa prévalence chez les hommes est 66,7%. Ce résultat n'était pas significatif

Helen L. Richardsa et al ont rapporté qu'il n'y avait aucune différence significative entre l'alexithymie et le sexe des patients en cas de psoriasis (14). Ce même résultat a été rapporté par Cordan Yazici et al en cas de pelade (19).

Chez les sujets sains, Richard D. Lane et al ont constaté que seulement trois études sur huit ont montré des différences significatives du degré d'alexithymie selon le sexe. Une allait dans le sens d'une alexithymie plus forte chez les femmes, les deux autres indiquaient une alexithymie plus élevée chez les hommes. Les cinq autres n'ont pas montré de différences (41).

4-3-Comparaison de type de la dermatose :

Dans notre étude, La prévalence de l'alexithymie était très élevée de façon non significative en cas de troubles de la pigmentation (90,9%), suivi par les maladies du cuir chevelu

avec une prévalence de 68,4% et la prévalence la plus faible était chez les sujets ayant une infection cutanée (37,5%).

Picardi et al ont rapporté que la prévalence de l'alexithymie était très importante chez les patients présentant une pelade avec 33,3% de sujets alexithymiques contre 19,6% chez les sujets présentant un autre type de dermatose (42).

Ayça Cordan et al ont trouvé une prévalence de l'alexithymie de 44,2% chez les patients souffrant d'une pelade en Turquie (19).

Helen L. Richards et al ont mis en évidence une prévalence de l'alexithymie de 35% chez les patients présentant un psoriasis en angleterre (18).

4-4-Comparaison de la malignité :

Dans notre étude, La prévalence de l'alexithymie n'était pas influencée par la malignité de la dermatose. En effet, cette prévalence était 62,1% en cas de tumeur bénigne et 61,1% en cas de tumeur maligne. Ce résultat n'était pas significatif.

Picardi et al ont rapporté que les patients présentant les cancers cutanés malins sont les plus alexithymiques avec une prévalence de 21%, suivi juste après par les patients alexithymiques présentant une dermatite atopique avec une prévalence de 18% (43).

4-5-Comparaison de la durée de la dermatose:

Dans notre étude, La prévalence de l'alexithymie était plus importante de façon significative si la durée de la dermatose est comprise entre 6 mois et 1 an (90,9%).

Helen L. Richardsa et al ont rapporté qu'il n'y avait aucune corrélation significative entre la durée de psoriasis et les scores de l'alexithymie. La durée moyenne de survenue de psoriasis était à 19.9%.(18)

4-6-Comparaison de la visibilité :

Dans notre étude, la prévalence de l'alexithymie était plus fréquente chez les sujets atteints de dermatose visible avec 64,9% de sujets alexithymiques contre 42,1% en cas de dermatose non visible. Ce résultat était à la limite de la signification.

Angelo Picardi et al ont rapporté que l'alexithymie était très fréquente en cas de dermatoses qui atteignent les parties visibles du corps comme l'acné, lichen plan et l'eczéma de contact (43).

4-7-Comparaison de l'extension :

Dans notre étude, il n'y avait pas de différence significative entre l'alexithymie et la surface corporelle affectée par la dermatose. En effet, 62,7% des sujets alexithymiques avaient des dermatoses étendues.

Helen L. Richardsa et al ont rapporté que les scores de la TAS-20 ne sont pas influencés par le pourcentage de la surface corporelle atteinte par le psoriasis (18).

4-8-Comparaison de la comorbidité :

Notre étude a montré qu'il n'y avait pas de différence significative, concernant la prévalence de l'alexithymie, entre les dermatoses associées à d'autres pathologies somatiques (60,5%) et celles sans comorbidité (62,5%).

Angelo Picardi et al ont rapporté que les scores de l'alexithymie ont été constatés chez les patients ayant des maladies qui s'associent à la dermatose (4).

5- Comparaison des prévalences de l'alexithymie dans la dépression :

Dans notre étude, la prévalence de l'alexithymie chez les patients déprimés était de 88% contre 12% chez les patients non déprimés. Cette relation était très significative

Angelo Picardi et al ont rapporté que l'alexithymie était fréquemment associée à la dépression chez les sujets atteints de dermatose. Ils ont trouvés une prévalence de 28,1% chez les sujets alexithymiques dépressifs (43).

Ayça CORDAN YAZICI et al ont constaté que les sujets ayant la pelade et déprimés étaient plus alexithymiques (19).

CONCLUSION

L'Alexithymie est utilisée pour désigner le fonctionnement de nombreux patients souffrant d'affections psychosomatiques. Elle se définit par l'incapacité à exprimer les émotions par des mots et à les différencier des sensations corporelles avec une limitation de la vie imaginaire et un mode de pensée opératoire. Cet état psychologique est fréquent chez les patients atteints de dermatose et elle est considérée comme un facteur prédisposant à la dépression et celle-ci peut aussi résulter soit des conséquences somatiques de la dermatose, soit de l'altération de la qualité de vie des patients.

Dans le but d'évaluer la prévalence de l'alexithymie et de la dépression chez les patients atteints de dermatose et d'établir des corrélations entre ces états psychologiques et les caractéristiques de la dermatose, nous avons mené une étude épidémiologique, qui a consisté en une enquête réalisée auprès de 150 patients de service de dermatologie au centre universitaire hospitalier Mohamed VI du Marrakech.

L'analyse des questionnaires recueillis dans notre étude, nous a permis de dégager les données et les caractéristiques suivantes:

- 62% avaient une alexithymie et 55,3% des patients avaient une dépression.
 - Les dermatoses au sein de notre échantillon étaient représentées particulièrement par la pelade, l'acné, le psoriasis, l'eczéma et le pemphigus.
 - Le score moyen de la TAS-20 était 58,9 et le score moyen de l'échelle de Hamilton était 10,5.
 - La dépression était plus fréquente de façon significative en cas des maladies du cuir chevelu et en cas des troubles de la pigmentation.
 - L'alexithymie et la dépression étaient plus fréquentes de façon significative en cas de dermatose chronique qui durait plus de 6 mois.
 - L'alexithymie est fortement associée de façon significative à la dépression.
 - L'alexithymie était plus fréquente en cas de dermatoses visibles. Ce résultat était à la limite de la signification.
-

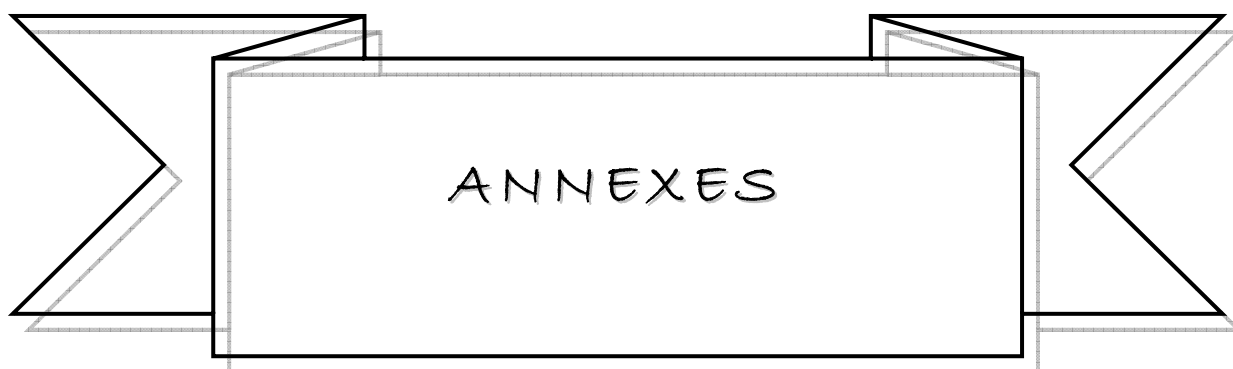
- L'alexithymie et la dépression n'étaient pas influencées par l'âge, ni le sexe, ni la malignité de la dermatose, ni la surface corporelle affectée et ni par la comorbidité organique de la dermatose. Ce résultat n'était pas significatif.

Cette étude permet également de souligner une nouvelle fois l'importance de l'alexithymie et la dépression en cas de dermatose et la relation entre ces deux états psychologiques.

L'évaluation systématique de l'alexithymie et de la dépression par des outils simples, validés, très utilisés comme la TAS-20 et l'échelle de Hamilton semble importante pour identifier clairement les patients qui ont besoin d'une intervention psychiatrique comme traitement adjuvant à d'autres modalités thérapeutiques dermatologiques.

En cas de dépression, une relation médecin-malade harmonieuse et l'utilisation d'un traitement médical par des antidépresseurs sont fondamentales pour améliorer la qualité de vie des patients atteints de dermatose.

Et en cas d'alexithymie, des interventions psychothérapeutiques appropriées sont nécessaires pour prévenir les poussées et la survenue de la dépression.



N° de dossier :

Contagiosité : 1-oui 2-non

Mode de transmission : 1-sexuel 2-non sexuel

Présence de co-morbidité : 1-oui 2-non

Si oui, laquelle :.....

Type de traitement : 1-médical 2-chirurgical

Evolution sous traitement : 1-favorable 2-défavorable

Survenue de complication : 1-oui 2-non

Si oui, laquelle :.....

Pronostic fonctionnel mis en jeu : 1-oui 2-non

Pronostic vital mis en jeu : 1-oui 2-non

3)profil psychiatrique :

-Antécédents psychiatriques personnels :

* Aucun

*Dépression : 1-oui 2-non

*Tentative de suicide : 1-oui 2-non

*Accès psychotique aigue : 1-oui 2-non

*Troubles anxieux : 1-oui 2-non

Si oui, quel type de trouble :.....

*autres :.....

-Antécédents psychiatriques familiaux :

*Aucun

*Dépression : 1-oui 2-non

*Tentative de suicide : 1-oui 2-non

*Troubles anxieux : 1-oui 2-non

Si oui, quel type de trouble :.....

*autres :.....

-Habitudes toxiques :

***Alcool** : 1-occasionnel 2-quotidien
 3-hebdomadaire 4-non consommateur

Quantité :.....litre (S)

***tabac** : 1-occasionnel 2-quotidien
 3-hebdomadaire 4-non fumeur

Quantité :.....paquet(s)

***cannabis** : 1-occasionnel 2-quotidien
 3-hebdomadaire 4-non fumeur

Quantité :.....Dh

***autres** :.....

***aucun**

Echelle de dépression de Hamilton

1-Humeur dépressive (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, autodépréciation)

- 0- Absent
- 1-Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le sujet
- 2-Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément
- 3-Le sujet communique ces états affectifs non verbalement ; par exemple, par son expression faciale, son attitude, sa voix et sa tendance à pleurer
- 4 -Le sujet ne communique pratiquement que ces états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales

☐

2-Sentiment de culpabilité

- 0 Absent
- 1 S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé un préjudice aux gens
- 2 Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou sur des actions condamnables
- 3 La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité
- 4 Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes

☐

3-Suicide

- 0 Absent
- 1 A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue
- 2 Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même
- 3 Idées ou gestes de suicide
- 4 Tentatives de suicide (coter 4 toutes tentatives sérieuses)

☐

4-Insomnie du début de la nuit

- 0 Pas de difficulté à s'endormir
- 1 Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir ; par ex. de mettre plus d'une demi-heure
- 2 Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir

☐

5-Insomnie du milieu de la nuit

- 0 Pas de difficulté
- 1 Le malade se plaint d'être agité et troublé pendant la nuit
- 2 Il se réveille pendant la nuit (coter 2 toutes les fois où le malade se lève du lit - sauf si c'est pour uriner)

☐

6-Insomnie du matin

- 0 Pas de difficulté
- 1 Se réveille de très bonne heure le matin mais se rendort
- 2 Incapable de se rendormir s'il se lève

☐

7-Travail et activités 0 Pas de difficulté

- 1 Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente
- 2 Perte d'intérêt dans les activités professionnelles ou de détente - ou bien décrite directement par le malade, ou bien indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations (il a l'impression qu'il doit se forcer pour travailler ou pour avoir une activité quelconque)
- 3 Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité. A l'hôpital : coter 3 si le malade ne passe pas au moins 3 heures par jour à des activités - aide aux infirmières ou thérapie occupationnelle (à l'exclusion des tâches de routine de la salle)
- 4 A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle. A l'hôpital : coter 4 si le malade n'a aucune autre activité que les tâches de routine de salle, ou s'il est incapable d'exécuter ces tâches de routine sans être aidé.

☐

8 Ralentissement (lenteur de la pensée et du langage, de la concentration, de l'activité motrice)

- 0 Langage et pensée normaux
- 1 Léger ralentissement à l'entretien
- 2 Ralentissement manifeste à l'entretien
- 3 Entretien difficile
- 4 Stupeur

☐

9 Agitation

- 0 Aucune
- 1 Crispations, secousses musculaires
- 2 Joue avec ses mains, ses cheveux, etc.
- 3 Bouge, ne peut pas rester assis tranquille
- 4 Se tord les mains, ronges ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres

☐

10 Anxiété Psychique

- 0 Aucun trouble
- 1 Tension subjective et irritabilité
- 2 Se fait du souci à propos de problèmes mineurs
- 3 Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage
- 4 Peurs exprimées sans qu'on pose de questions

☐

11 Anxiété somatique

- 0 Absente
- 1 Discrète
- 2 Moyenne
- 3 Grave
- 4 Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle Concomitants physiques de l'anxiété tels que :
Gastro-intestinaux (bouche sèche, troubles digestifs, diarrhée, coliques, éructations), cardiovasculaires (palpitations, céphalées), Respiratoires (hyperventilation, soupirs), Pollakiurie, Transpiration

☐

12 Symptômes somatiques (gastro-intestinaux)

- 0 aucun
- 1 Perte d'appétit, mais mange sans y être poussé par les infirmières. Sentiment de lourdeurs abdominales
- 2 A des difficultés à manger en l'absence d'incitations du personnel. Demande ou a besoin de laxatifs, de médicaments intestinaux ou gastriques

☐

13 Symptômes somatiques (généraux)

- 0 Aucun
- 1 Lourdeur dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs dans le dos, céphalées, douleurs musculaires. Perte d'énergie et fatigabilité
- 2 Coter 2 au cas où n'importe quel symptôme est net

☐

14 Symptômes génitaux (généraux)

- 0 Absents
- 1 Légers
- 2 Graves
- Symptômes tels que : perte de libido, troubles menstruels

☐

15 Hypochondrie

- 0 Absente
- 1 Attention concentrée sur son propre corps
- 2 Préoccupations sur sa santé
- 3 Plaintes fréquentes, demandes d'aides, etc.
- 4 Idées délirantes hypocondriaques

☐

Alexithymie, dépression dans les dermatoses

16 Perte de poids (coter soit A, soit B)

A (d'après les dires du malade)

0 Pas de perte de poids

1 Perte de poids probable liée à la maladie actuelle

2 Perte de poids certaine (suivant ce que dit le sujet)

☐

B (appréciation par pesées hebdomadaires par le personnel soignant lorsque des modifications actuelles de poids sont évaluées)

0 Moins de 500g de perte de poids par semaine

1 Plus de 500g de perte de poids par semaine

2 Plus de 1kg de perte de poids par semaine

☐

17 Prise de conscience 0 Reconnaît qu'il est déprimé et malade

1 Reconnaît qu'il est malade, mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, à un besoin de repos,

2 Nie qu'il est malade

☐

TOTAL des 17 items

☐

Test d'alexithymie : TAS-20

Score total :.....

	1. désaccord complet. 2. désaccord relatif 3.ni accord, ni désaccord 4. accord relatif. 5. accord complet	1	2	3	4	5
1	Souvent, je ne vois pas très clair dans mes sentiments					
2	J'ai du mal à trouver les mots qui correspondent bien à mes sentiments					
3	J'éprouve des sensations physiques que les médecins eux-mêmes ne comprennent pas					
4	J'arrive facilement à décrire mes sentiments					
5	Je préfère analyser les problèmes plutôt que de me contenter de les décrire					
6	Quand je suis bouleversé(e), je ne sais pas si je suis triste, effrayer(e), ou en colère					
7	Je suis souvent intrigué(e) par des sensations au niveau de mon corps					
8	Je préfère simplement laisser les choses se produire plutôt que de comprendre pourquoi elles ont pris ce tour					
9	J'ai des sentiments que je ne suis guère capable d'identifier					
10	Etre conscient de ses émotions est essentiel					
11	Je trouve difficile de décrire mes sentiments sur les gens					
12	On me dit de décrire davantage ce que je ressens					
13	Je ne sais pas ce qui se passe à l'intérieur de moi					
14	Bien souvent, je ne sais pas pourquoi je suis en colère					
15	Je préfère parler aux gens de leurs activités quotidiennes plutôt que de leurs sentiments					
16	Je préfère regarder des émissions de variétés et de divertissement plutôt que des films psychologiques					
17	Il m'est difficile de révéler mes sentiments intimes même à des amis très proches					
18	Je peux me sentir proche de quelqu'un même pendant les moments de silence					
19	Je trouve utile d'analyser mes sentiments pour résoudre mes problèmes personnels					
20	Rechercher le sens caché des films ou des pièces de théâtre perturbe le plaisir qu'ils procurent					



RESUME

Le terme d'alexithymie est utilisé pour désigner le fonctionnement de nombreux patients souffrant d'affections psychosomatiques. Elle se définit par l'incapacité à exprimer les émotions par des mots et à les différencier des sensations corporelles avec une limitation de la vie imaginaire et un mode de pensée opératoire.

Vu l'existence de très peu d'études de ce concept en cas de dermatose, nous avons réalisé une étude auprès de 150 patients au sein du service de dermatologie de centre hospitalier Mohammed VI de Marrakech avec l'objectif d'évaluer l'alexithymie chez les patients présentant une dermatose et d'établir des corrélations entre cet état psychologique, les caractéristiques de la dermatose et la dépression.

Nous avons élaboré un questionnaire permettant l'étude des caractéristiques sociodémographiques, les antécédents psychiatriques, les conduites addictives et les caractéristiques de la dermatose. L'alexithymie était mesurée par l'échelle de Toronto à 20 items et la dépression était évaluée par l'échelle d'Hamilton.

L'analyse des résultats a permis de dégager les résultats suivants: 62% des patients étaient alexithymiques et 55,3% avaient une dépression, la relation entre ces deux états était très significative ($P=0.000$). Les taux d'alexithymie étaient plus importants dans les maladies du cuir chevelu et dans les troubles de pigmentation avec des corrélations significatives ($P<0.05$). L'alexithymie et la dépression étaient prédominantes chez les hommes âgés de 26 ans à 55 ans et en cas de dermatoses qui durent plus de 6 mois et dans les lésions visibles, avec des corrélations significatives.

En conclusion, l'alexithymie est un facteur prédisposant à la dépression en cas de dermatose chronique. Son identification est importante pour prévenir la survenue de la dépression et pour optimiser la prise en charge de la dermatose.

SUMMARY

The alexithymia is a concept developed to designate the patients who suffered from chronic organic affections that had a high psychosomatic component. It refers to the inability to express emotions by words and to differentiate them from the bodily sensations with a limitation of the imaginary life and operative thought fashion.

Given the scarcity of studies related skin diseases, we have attempted to study around 150 patients at the dermatology department of Mohamed VI Academic Medical Center. The aim of our study is to measure the degree of alexithymia in skin diseases and to determine the relationship between this psychological state, skin disease's characteristics, and the depression. We made a questionnaire which proved the study of Sociodemographic characteristics, psychiatric antecedents and addictive disorders, the study of the alexithymia through the score of TAS-20 and the assessment of depression through the Hamilton score.

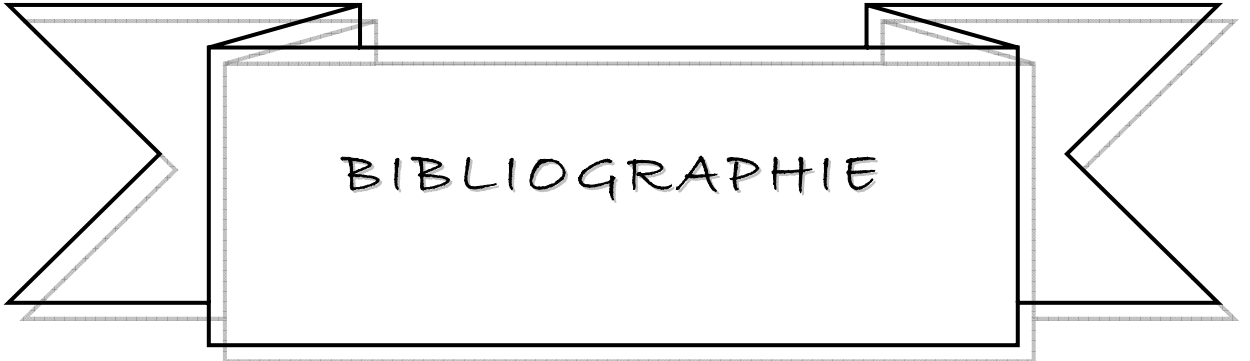
The analysis of the results shows the following characteristics: 62% had an alexithymia and 55,3% of patients suffered from depression. The relation between these two states was very significant ($P=0.000$). The scores of alexithyma were more important in hair diseases and in the pigmentation troubles with significant correlates ($P<0.05$). These concepts are predominant among males aged 26 to 35 years, among patients who had a visible or a chronic skin disease which persist more than 6 month.

In conclusion, the alexithymia is a factor predisposing to the depression among patients with skin disease. Its identification is important to prevent the depression and to optimize the treatment of skin disease.

ملخص

استعملت كلمة أليكسيثايميا للتعبير عن حالة نفسية يتصف بها المرضى المصابين بالأمراض النفسية البدنية. و الأليكسيثايميا هي عدم القدرة على التعبير عن المشاعر بالكلمات وكذا صعوبة التفريق بينها وبين الأحاسيس البدنية الناشئة عنها مع محدودية التخيل حيث يطغى الفكر العملي على حياة الشخص. و نظرا لقلّة دراسة هذا المفهوم لدى الأشخاص المصابين بالأمراض الجلدية, ارتأينا دراسته لدى 150 شخص من مصلحة الجلد بالمركز الإستشفائي الجامعي بمراكش. والهدف من هذه الدراسة هو معرفة نسبة الأليكسيثايميا لدى هؤلاء المرضى و كذا تحديد العلاقة بين هذه الحالة النفسية و مميزات أمراض الجلد و الاكتئاب. لهذا قمنا بملء استمارة تنقسم إلى ثلاثة أجزاء : جزء يهتم بدراسة الخصائص الديموغرافية و الاجتماعية و كذا السوابق النفسية و الإدمانية, و مميزات المرض الجلدي, و الجزء الثاني يعنى بدراسة الأليكسيثايميا بواسطة مقياس تورنتو المكون من 20 عنصراً تقييمياً , والجزء الثالث يهدف إلى تقييم الاكتئاب بواسطة مقياس هاميلتون .

بعد تحليلنا لنتائج الدراسة تمكنا من التوصل إلى الملاحظات التالية: 62% من مرضانا لديهم الأليكسيثايميا و 55,3 % يعانون من الاكتئاب و هذين المفهومين جد مترابطين. معدلات الأليكسيثايميا و الاكتئاب جد مرتفعة في حالة أمراض فروة الشعر و الاضطرابات الصبغية في الجلد. تتواجد هاتان الحالتان بشدة لدى الذكور اللذين تتراوح أعمارهم ما بين 26 و 55 عام و لدى الأشخاص اللذين يعانون من الأمراض الجلدية المزمنة التي تستمر أكثر من 6 أشهر و الأمراض الجلدية المرئية. و في الختام, تعتبر الأليكسيثايميا حافز لظهور الاكتئاب في حالة الأمراض الجلدية و البحت عنها مهم لتفادي ظهور الاكتئاب و بالتالي القيام بعلاج ممتاز و شامل للمرضى المصابين بأمراض الجلد.



BIBLIOGRAPHIE

1-SIFNEOS PE:

The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients.

Psychother Psychosom, 1973, Vol n° 22, pp255-262.

2-FLORENT FARGES

Alexithymie et substances psychoactives : revue critique de la littérature

Psychotropes, 2002, Vol n° 82, pp 47-74

3-D. TORDEURS, P. JANNE

Alexithymie, santé et psychopathologie

L'Encéphale, 2000, vol 26, pp 61-68

4- ANGELO PICARDI, PIERO PORCELLI, EVA MAZZOTTI, GIOVANNI FASSONE, ILARIA LEGA

Alexithymia and global psychosocial functioning: a study on patients with skin disease

Journal of Psychosomatic Research, 2007, vol 62, pp 223- 229

5-MINISTERE DE LA SANTE

Enquête nationale : prévalence des troubles mentaux dans la population générale en 2003

OMS 2007

6-MADHULIKA A.GUPTA, JOHNSON AM, GUPTA A.K

Les aspects psychosociaux des maladies communes de la peau

Eur.Eat disord rev, 2002, vol 8, pp 134-143

7- R. MICHAEL, ANDREW G, DEBORAH R, MARGARITA B.

The Hamilton depression rating scale: has the gold standard become a lead weight?

American Psychiatric Association, 2004, Vol 161, pp 2163-2177

8-JAMES D.A. PARKER, GRAEME J. TAYLOR, R. MICHAEL BAGBY

The 20-Item Toronto Alexithymia Scale

Reliability and factorial validity in a community population

Journal of Psychosomatic Research, 2003, vol 55, pp 269- 275

9-O. GUILBAUD, G. LOAS, M. CORCOS, M. SPERANZA, PH. STEPHAN, F. PEREZ-DIAZ

L'alexithymie dans les conduites de dépendance et chez le sujet sain : valeur en population française et francophone

Ann Méd Psychol, 2002, vol 160, pp 77-85

10-OLIVIER TAIEB, MAURICE COROS, MARIO SPERANZO

Alexithymie et dépendance à l'alcool

Masson, 2002, vol 153, pp 51-60

11-C. FLOREQUIN ET D. BAILLY

Obésité, alexithymie, troubles psychopathologiques et binge eating

Encéphale, 2001, vol 24, pp 343-353

12- A. PASINI, R. DELLE CHIAIE, S. SERIPA AND N. CIANI

Alexithymia as Related to Sex, Age, and Educational Level:

Results of the Toronto Alexithymia Scale in 417 Normal Subjects

Comprehensive Psychiatry, 1992, Vol. 33, pp 42-46

13-L. SAUVAGE, S. BERTHOZ, A.-S. DEBORDE, C. LECERCLE, G. LOAS

Validité du questionnaire d'alexithymie de Bermond et Vorst.

Étude chez 63 sujets alcooliques

Annales Médico Psychologiques, 2005, vol 163, pp 583-587

14-OLIVIER LUMINET, GRAEME J. TAYLOR, R. MICHAEL BAGBY

La mesure de l'alexithymie

Journal of Psychosomatic Research, 2003, vol pp. 183-204.

15-MARK A. LUMLEY, THERESA OVIES, LAURENCE STETTNER, FRANCINE WEHMER

Alexithymia, social support and health problems

Journal of psychosomatic research, 1996, vol 41, pp 519-530.

16-JULA ANTTI, SALMINEN JOUKO K, SAARIJARVI SIMO

Alexithymia: a facet of essential hypertension

American Heart Association, 1999, Vol 33, pp 1057-1061

17-LEO G.M. VAN ROSSUMA, ROBERT J.F. LAHEIJA, MARIEKE S.DOELDERA, COR A.J JONGB,

Prevalence of gastrointestinal symptoms in alcoholics and the relationship with alexithymia

Psychiatry Research, 2004, vol 129, pp 107- 112

18-HELEN L. RICHARDSA, DONALD G. FORTUNEA, CHRISTOPHER E.M. GRIFFITHS, CHRIS J. MAIN

Alexithymia in patients with psoriasis Clinical correlates and psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale-20

Journal of Psychosomatic Research, 2005, vol 58, pp 89-90

19- AYÇA CORDAN YAZICI, AYSE BASTERZI, SENEL TOTACAR, DILEK USTUNSOY,

Alopecia Areata and Alexithymia

Journal of psychiatry, 2006, vol 17, pp 101-106

20-V. BREJARD, A. BONNET, J.-L. PEDINIELLI

Régulation des émotions, dépression et conduites à risques :

L'alexithymie, un facteur modérateur

Annales Médico Psychologiques, 2006, vol 613, pp 66-72

21-MARIO SPERANZA, PHILIPPE STEPHAN, MAURICE CORCOS, GWENOLE LOAS, OLIVIER TAIEB.

Étude des liens entre l'alexithymie, l'expérience dépressive et la dépendance

interpersonnelle chez des sujets addictifs

Masson, 2003, Vol 154, pp. 65 - 75

22-AINO MATTILA, OUTI POUTANEN, ANNA KOIVISTO, RAIMO SALOKANGAS

The performance of diagnostic measures of depression in alexithymic and nonalexithymic subjects

General Hospital Psychiatry, 2008, vol 30, pp 77-79

23-KIRSI HONKALAMPI, JUKKA HINTIKKA, EILA LAUKKANEN, JOHANNES LEHTONEN

Alexithymia and depression: a prospective study of patients with major depressive disorders

Psychosomatics, 2001, vol 42, pp. 229-320

24-JUKKA HINTIKKA, KIRSI HONKALAMPI, JOHANNES LEHTONEN ET HEIMO VIINAMAKI

Are alexithymia and depression distinct or overlapping constructs? : a study in a general Population

Comprehensive Psychiatry, 2001, Vol. 42, pp 234-239

25-C. MARCHESI, E. BRUSAMONTI, C. MAGGINI

Are alexithymia, depression, and anxiety distinct constructs in affective disorders?

Journal of Psychosomatic Research, 2000, vol 49, pp 43-49

26-MADHULIKA A. GUPTA,

Psychocutaneous Disease

Dermatol Clin, 2005, vol 23, pp 12 - 17

27-SANDRA JOWETT ET TERENCE RYAN

skin disease and handicap

Sec. Sri. Med, 1985, Vol.20, pp. 425-429

28- RICHARD G. FRIED, MADHULIKA A GUPTA ET ADITYA K.

Depression and skin disease

Dermatologic Clinics, 2005, Vol 23, pp 657-664

29-SERVANDO MARRON MOYA, LUCIA TOMAS ARAGON

Assessing depression and anxiety in dermatology outpatients

AM ACAD DERMATOL j, 2005, vol 20, pp 42-55

30-ANGELO PICARDI, DAMIANO ABENI, EVA MAZZOTTI, GIOVANNI FASSONE, ILARIA LEGA,

Screening for psychiatric disorders in patients with skin diseases

Journal of Psychosomatic Research, 2004, vol 57, pp 219-223

31- A.A. NIERENBERG, K.A. PHILLIPS, L.A. UEBELACKER, J.E. ALPERT, J.J. WORTHINGTON

Body dysmorphic disorder is comorbid with major depression

Biol psychiatry, 1995, vol 37, pp 593-68

32-FAVA GA, PERINI GI, SANTONASTASO P, FORNASEA CV

Life events and psychological distress in dermatologic disorders: psoriasis, chronic urticaria and fungal infections.

Br J Med Psychol, 1980, vol 53, pp 277-82.

33- LYKETSOS GC, STRATIGOS J, TAWIL G, PSARAS M, LYKETSOS CG

Hostile personality characteristics, dysthymic states and neurotic symptoms in urticaria, psoriasis and alopecia

Psychother Psychosom, 1985, vol 44, pp 122-31.

34- W. R. WOODRUFF, E. M. HIGGINS

Psychiatric Illness in Patients Referred to a Dermatology-Psychiatry Clinic.

General hospital psychiatry, 1997, vol 19, pp 29-25

35-BASAK KANDICOS, MURAD ATMACA, YUNUS SARAL ET NACICOS

Prevalence of psychological factors in chronic dermatoses

International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 2005, vol 9, pp 52-54

36- ARNON D. COHEN, ANDRÉ OFEKESHLOMAI, DANIEL A. VARDY ET ZEEV WEINER

Depression in dermatological patients identified by the Mini International Neuropsychiatric Interview questionnaire

J Am Acad Dermatol, 2006, vol 54, pp 94-100

37-M.A.GUPTA ET A.K.GUPTA

Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis

British Journal of Dermatology, 1998, vol 139, pp 846-850

38–MADHULIKA A. GUPTA, ADITYA K. GUPTA, CHARLES N. ELLIS, CAROLINE S. KOBLINZ

Psychiatric Evaluation of the Dermatology Patient

Dermatol Clinic, 2005, vol 23, pp 591 – 599

39–CÉCILE LEGENDRE, YANNICK ALLANORE, ISABELLE FERRAND, ANDRÉ KAHAN

Évaluation de la dépression et de l'anxiété au cours de la sclérodermie systémique

Revue du Rhumatisme, 2005, vol 72, pp 825-829

40– AINO K. MATTILAA, JOUKO K. SALMINEN, TAPIO NUMMIA, MATTI JOUKAMAA.

Age is strongly associated with alexithymia in the general population

Journal of Psychosomatic Research, 2006, vol 61, pp 629- 635

41– LANE, SECHREST ET RIEDEL

Sociodemographic Correlates of Alexithymia

Comprehensive Psychiatry, 1998, Vol. 39, pp 377-385

42–A. PICARDI, P. PASQUINI, M.S. CATTARUZZA, P. GAETANO, G. BALIVA ET C.F. MELCHI

Psychosomatic Factors in First-Onset Alopecia Areata

Psychosomatics, 2003, vol 44, pp 374-381

43–ANGELO PICARDI, PIERO PORCELLI, P. PASQUINI, GIOVANNI FASSONE ET EVAM AZZOTTI

Integration of Multiple Criteria for Psychosomatic Assessment of Dermatological Patients

Psychosomatics, 2006, vol 47, pp 122-128
