



HAL
open science

Caractéristiques psychologiques des patients coronariens en situation de gestion de la frustration

L. Godefroy, M.-C. Hell, E. Spitz

► **To cite this version:**

L. Godefroy, M.-C. Hell, E. Spitz. Caractéristiques psychologiques des patients coronariens en situation de gestion de la frustration. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 2010, 168 (4), pp.268. 10.1016/j.amp.2009.03.011 . hal-00638571

HAL Id: hal-00638571

<https://hal.science/hal-00638571>

Submitted on 6 Nov 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Accepted Manuscript

Title: Caractéristiques psychologiques des patients coronariens en situation de gestion de la frustration

Authors: L. Godefroy, M.-C. Hell, E. Spitz

PII: S0003-4487(09)00124-3
DOI: doi:10.1016/j.amp.2009.03.011
Reference: AMEPSY 1011



To appear in:

Received date: 22-11-2007
Accepted date: 20-3-2009

Please cite this article as: Godefroy L, Hell M-C, Spitz E, Caractéristiques psychologiques des patients coronariens en situation de gestion de la frustration, *Annales medio-psychologiques* (2008), doi:10.1016/j.amp.2009.03.011

This is a PDF file of an unedited manuscript that has been accepted for publication. As a service to our customers we are providing this early version of the manuscript. The manuscript will undergo copyediting, typesetting, and review of the resulting proof before it is published in its final form. Please note that during the production process errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

*Mémoire***Caractéristiques psychologiques des patients coronariens en situation de gestion de la frustration****Psychological characteristics of frustration management in coronary patients****L. Godefroy, M.-C. Hell, E. Spitz**

Université Paul Verlaine, Metz, Laboratoire de Psychologie des Universités lorraines, 2LP EA 4165, Équipe de psychologie de la santé, île du Saulcy, 57006 Metz Cedex, France

Auteur correspondant : Elisabeth Spitz, Université Paul Verlaine, Metz, Laboratoire de Psychologie des Universités lorraines, 2LP EA 4165, Équipe de psychologie de la santé, île du Saulcy, 57006 Metz Cedex, France

Adresse mail : elisa.spitz@wanadoo.fr

Texte reçu le 22 novembre 2007 ; accepté le 20 décembre 2007

Résumé

Objectif : Étude des caractéristiques psychologiques des patients coronariens en situation de gestion du stress et leurs conséquences.

Méthode : La tolérance au stress a été évaluée auprès de 58 patients souffrant de maladies cardiovasculaires à l'aide du « test de frustration » de Rosenzweig. Ces mesures ont été complétées par une évaluation de la qualité de vie, du coping, de l'anxiété, de la dépression, du sentiment d'efficacité perçue, ainsi que de l'affectivité négative et de l'inhibition sociale.

Résultats : Les comparaisons de moyennes montrent que par rapport à la population de référence, les patients coronariens face à la frustration ont significativement plus tendance à se culpabiliser ou à nier la responsabilité d'une personne, ainsi qu'à inhiber leur agressivité. De plus, ils répriment davantage leurs émotions et s'orientent vers la recherche de solution.

Conclusion : On peut supposer que cette répression émotionnelle est efficace à court terme sur la qualité de vie dans la mesure où elle permet de mettre à distance le choc lié à l'infarctus du myocarde. Mais on peut s'interroger sur les conséquences du maintien de cette répression à long terme sur la qualité de vie des patients et leur état de santé futur.

Abstract

Objectives: The aim of the present study is to investigate psychological characteristics of frustration management and their consequences in coronary patients.

Methods: A sample of N=58 myocardial infarction patients completed questionnaires measuring self-efficacy (Schwarzer), negative affectivity and social inhibition (type D, Denollet), coping strategies (CQCP, Coping Questionnaire for Coronary Patients, Maës); anxiety and depression (HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale, Zigmond & Snaith), quality of life after myocardial infarction (MacNew Heart Disease Health-related Quality of Life Questionnaire, Hillers) and frustration management (PFS, Picture Frustration Study, Rosenzweig).

Results: The results show that frustration management in coronary patients differs significantly from that of the reference population. During frustration management the coronary patients present comparatively higher levels of culpability (high I answers) or denial of the responsibility of others (high M answers), as well as lower levels of aggressiveness (low E answers) than the reference population. Furthermore, myocardial infarction patients tend to rather repress their feelings (few ED answers) and to look for active solutions (high NP answers) (Table 1). Patients with a high self-efficacy score look significantly more for active solutions in their frustration management (NP) ($r = .27$), whereas patients with negative affectivity and social inhibition look for fewer solutions (respectively $r = -.31$, $r = -.26$). The social inhibition is significantly associated with answers of “Obstacle Dominance” (OD) ($r = .28$). Within the four coping strategies studied, only the focusing on the problem resolution one is significantly linked to the frustration management responses. Patients using a problem-focused strategy show lower levels of “Ego Defence” for frustration management ($r = -0,31$) and higher levels of “Need-Persistence” (NP) ($r = .31$). Furthermore results show that “Ego Defence” (ED) is positively related to anxiety ($r = .27$), whereas “Need persistence” (NP) is negatively linked to anxiety ($r = -.28$) and negatively to depressive affects ($r = -.29$). Patients indicating more extra-punitive answers (E) report significantly lower levels of quality of life ($r = -.29$), whereas non-punitive answers (M) are associated with higher degrees of quality of life ($r = .31$). No other significant associations were found between frustration answers and quality of life.

Conclusions: Emotional repression may be a short-term efficient strategy for the patients, allowing a distancing from the myocardial infarction trauma and increasing the quality of life. In the long-term, however, high levels of emotional repression could have negative effects on the global quality of life and the health of the patients.

Mots-clés : Coping ; Frustration ; Maladie cardiovasculaire ; Qualité de vie ; Stress

Keywords: Aggressiveness; Cardiovascular disease; Coping; Frustration; Quality of life

1. Introduction

De nombreux travaux se sont attachés à mieux définir les liens entre pathologies cardiovasculaires et caractéristiques comportementales et psychologiques. Les études se sont penchées en particulier sur les traits de personnalité et les stratégies d'adaptation (ressources comportementales, cognitives et émotionnelles) dont une personne dispose en situation de stress. Il paraît intéressant de compléter ces données en étudiant les caractéristiques psychologiques principales des patients souffrant de cardiopathies ischémiques en situation de gestion de la frustration, afin de voir s'ils se différencient de la population générale. Pour ce faire, nous nous appuyons sur la théorie générale de la frustration développée par Rosenzweig (1934) selon laquelle « il existe une frustration toutes les fois que l'organisme rencontre un obstacle ou une obstruction plus ou moins insurmontable sur la route qui le conduit à la satisfaction d'un besoin vital quelconque » [17]. Et la tolérance à la frustration se définit par l'aptitude d'une personne à supporter une frustration sans amoindrissement de son adaptation psychobiologique. La plupart des études ayant utilisé le « picture-frustration test (PF- Test) » de Rosenzweig [18-20] révèlent que l'inhibition de l'agressivité au cours des interactions de la vie quotidienne a des conséquences négatives sur l'état de santé. Winefield [23] démontre que l'inhibition de l'agressivité est une des caractéristiques des personnes qui subissent un stress majeur et qu'un certain niveau d'agressivité extériorisée est un signe de bonne santé. Par ailleurs, chez les enfants normotenseurs de parents hypertenseurs, les résultats de Perini, Muller et Buhler [14-16] montrent que l'inhibition de l'agressivité favorise un état cardiovasculaire hyperdynamique et exagère le développement d'un processus hypertensif. Quant à Liedtke et Jager [9], leur étude met en évidence une baisse des réponses « extrapunitives » et une hausse des réponses « intropunitives » dans un groupe de patients psychosomatiques, en comparaison du groupe contrôle de personnes en bonne santé.

Par rapport à la population plus spécifique des patients coronariens, de nombreux auteurs ont souligné le noyau d'hostilité qui peut les caractériser, et notamment sur le ressenti interne d'émotions hostiles sans extériorisation face à une situation stressante. Lacour et Consoli [7] insistent sur l'importance de l'interaction des variables psychologiques entre elles sur la réactivité tensionnelle. Ainsi, la capacité des personnes à effectuer un traitement

cognitif des situations frustrantes est associée à une réactivité tensionnelle atténuée chez les patients anxieux, de même que pour les patients ayant un fort sentiment de contrôle sur les événements de leur vie. Il semble donc intéressant d'étudier l'inhibition de l'agressivité au cours des interactions de la vie quotidienne et de définir le profil d'un échantillon de patients coronariens en situation de gestion de frustration, pour en connaître la valeur prédictive quant aux conséquences sur leur état de santé.

2. Méthode

2.1. Population

La population étudiée se compose de 58 patients (43 hommes et 15 femmes), souffrant exclusivement de cardiopathies ischémiques, soumis à un programme de réadaptation cardiaque. Ils ont tous subi un infarctus du myocarde, qui a nécessité une angioplastie pour 20 d'entre eux et un pontage pour 20 autres. Les 18 patients restants n'ont pas eu besoin d'intervention chirurgicale. La moyenne d'âge est de 57,9 ans ($\sigma \pm 12,7$), le plus jeune étant âgé de 35 ans et le plus ancien de 84 ans. La population se constitue essentiellement de personnes retraitées (44,8 %). Les autres catégories socioprofessionnelles sont plus faiblement représentées avec 13,8 % d'employés et autant d'ouvriers, ainsi que 10,5 % de professions libérales. La catégorie des cadres et celle des chefs d'entreprise représente 3,4 % de la population chacune. Nous comptons également 10,3 % de personnes sans activité professionnelle.

2.2. Matériel

Nous avons étudié la tolérance à la frustration de ces patients grâce au « picture-frustration test » (PF-Test) de Rosenzweig [17,20]. Ce test est constitué de 24 images représentant la vie quotidienne avec plusieurs réponses fermées proposées. Il est conçu comme un test projectif permettant de révéler les types de réactions des patients face aux situations frustrantes de la vie courante. Chaque réponse est cotée sous deux aspects : 1) la direction de l'agressivité ; et 2) le type de réaction du patient.

Suivant la direction de l'agressivité, les réponses peuvent être de trois types : soit les réponses sont extrapunitives (E) : le patient attribue agressivement la frustration à des personnes ou des choses externes sur le mode de la colère ou de l'irritation ; soit les réponses

sont intropunitives (I) : le patient s'attribue agressivement la frustration, sur le mode de la culpabilité et du remords ; soit les réponses sont impunitives (M) : la responsabilité d'une personne, quelle qu'elle soit, est écartée. La situation frustrante est envisagée de façon conciliante par le biais de la répression.

Suivant le type de réaction du patient, également trois types de réponses sont possibles face aux situations frustrantes : soit les réponses avec prédominance de l'obstacle (OD) : le patient insiste sur l'obstacle qui est la cause du stress ; soit les réponses de défense du moi (ED) : le patient insiste sur ce qu'il ressent lui ; soit les réponses de persistance du besoin (NP) : l'accent est porté sur la résolution du problème et la recherche de solution à la situation stressante.

Des mesures complémentaires ont été administrées. L'échelle de sentiment d'efficacité perçue de Schwarzer [11] est unidimensionnelle : plus le score est élevé, plus la personne a un sentiment élevé d'efficacité personnelle. Le questionnaire DS-14 de Denollet [3] évalue d'une part l'affectivité négative (propension à expérimenter des émotions négatives – anxiété, découragement, colère) et, d'autre part, l'inhibition dans les relations sociales et l'expression de ces émotions. Et également, l'échelle de stratégies de faire face (coping) spécifique aux patients coronariens (CQCP) de Maës [12] qui comprend quatre dimensions : les stratégies centrées soit sur la résolution du problème, soit sur la gestion des émotions, soit les stratégies d'évitement de la situation, soit les stratégies de recherche de soutien social. Dans chacune des quatre dimensions, plus le score est élevé, plus la personne utilise ce type de coping. L'échelle d'anxiété-dépression (HAD) de Zigmond et Snaith [24], qui a été validée en français par Lépine et Godchau [8]. Le questionnaire de qualité de vie après infarctus du myocarde, le MacNew (MacNew Heart Disease Health Quality of Life Questionnaire) [6,10,22,4,1] a été traduit et validé en français [5]. Il est composé de 27 items évaluant la qualité de vie par un score global ; l'alpha de Cronbach est de 0,90. Plus le score global est élevé, meilleure est la qualité de vie.

2.3. Procédure

Les différentes évaluations ont été administrées au cours d'un entretien individuel avec le chercheur-psychologue, au chevet du patient.

2.4. Statistiques

Nous avons procédé à une analyse statistique des données, en comparant les résultats de notre population au PF-Test à ceux de la population de référence composée de 244 hommes et femmes [17], grâce au test-t de Student. Et nous avons effectué des corrélations de Bravais-Pearson afin de mieux cerner les caractéristiques de notre population et leurs interactions.

3. Résultats

Grâce à l'analyse des résultats des 58 patients au PF-Test, nous avons obtenu un profil moyen des patients coronariens en situation de gestion de la frustration. Pour chaque catégorie de réponse, nous avons des pourcentages moyens que nous avons comparés aux pourcentages moyens de la population de référence.

INSERER le tableau 1

Ces résultats nous montrent que la population des coronariens se distingue très nettement de la population de référence quant à leur façon d'aborder la frustration.

Les patients ont significativement tendance à se culpabiliser (réponses I élevées) ou à écarter la responsabilité d'un individu quel qu'il soit (réponses M élevées), et dirigent moins la colère sur l'extérieur (réponses E basses) que la population de référence. De plus, ils ont significativement tendance à réprimer leurs émotions (peu de réponses ED) et l'accent est plutôt porté sur la recherche de solutions (NP élevé).

INSERER Tableau 2

Plus les patients présentent un sentiment d'efficacité personnelle élevé, plus ils ont un score élevé en recherche de solutions à la situation stressante (NP) ($r = 0,27$). En revanche, les patients présentant une personnalité empreinte d'affectivité négative et d'inhibition sociale recherchent moins de solutions à la situation de stress (NP), (respectivement $r = -0,31$, $r = -0,26$). L'inhibition sociale est associée significativement à des réponses de prédominance de l'obstacle (OD) ($r = 0,28$).

Parmi les quatre types de stratégies de faire face (coping) étudiés, seule la stratégie centrée sur la résolution du problème est en lien avec les réponses aux situations frustrantes. Plus les patients utilisent une stratégie centrée sur le problème, moins ils font de réponse à la

frustration de type prédominance de la défense du moi (ED) qui caractérise des patients qui insistent sur leur ressenti ($r = -0,31$) et plus ils présentent des réponses de persistance du besoin (NP) ($r = 0,31$).

Les réponses de prédominance de la défense du moi (ED) sont associées à plus d'anxiété ($r = 0,27$). Les réponses de persistance du besoin (NP) sont associées à moins d'anxiété ($r = -0,28$) et à moins d'affects dépressifs ($r = -0,29$).

Les patients qui emploient davantage de réponses extrapunitives (E) ont significativement un niveau de qualité de vie plus bas ($r = -0,29$). Alors qu'une utilisation préférentielle de réponses impunitives (M) est associée à une meilleure qualité de vie ($r = 0,31$). Les autres types de réponses à la frustration ne sont pas associés significativement à la qualité de vie.

4. Discussion

Les résultats révèlent que les patients coronariens présentent un profil particulier quant à la gestion de la frustration qui se distingue de la population de référence par une utilisation préférentielle de réponses intropunitives (I) et impunitives (M) aux dépens des réponses extrapunitives (E). Les patients sont donc dominés par la répression, et ont tendance à inhiber leur agressivité. Conformément aux résultats de la littérature, notre population de personnes malades inhibe davantage son agressivité que la population en bonne santé. On pourrait s'inquiéter d'un tel résultat sur l'évolution de leur santé, pourtant il semblerait que cela soit favorable à court terme pour leur qualité de vie. En effet, les personnes privilégiant les réponses impunitives (M), où domine la répression de l'agressivité, sont celles qui ont la meilleure qualité de vie. Alors que les individus dominés par la colère et l'irritation (E) ont une moins bonne qualité de vie. Il s'agit bien entendu d'un indicateur de bien-être psychologique et non de santé physique. Les patients réagissent plus par l'action et la recherche de solution (NP) à la situation frustrante que la population de référence. Ce résultat est confirmé par l'adoption d'un coping centré sur le problème chez ces personnes, associé à un haut sentiment d'efficacité perçue. Cela agirait comme un facteur protecteur vis-à-vis de l'anxiété et de la dépression. Alors que les personnes qui insistent sur leur ressenti (ED) apparaissent plus anxieuses. Et celles qui insistent sur l'obstacle (OD) à l'origine de la frustration auraient davantage de difficultés dans les relations interpersonnelles (inhibition sociale).

Une modération est à apporter à ces résultats, concernant la méthode utilisée. En effet, la passation des instruments en présence du chercheur peut biaiser les résultats, compte tenu de l'importance de la désirabilité sociale. Dans ce contexte, les patients pourraient être moins enclins à extérioriser librement leur agressivité.

Il serait intéressant de poursuivre cette étude dans le temps, afin de voir quelles conséquences a le maintien de l'inhibition de l'agressivité à long terme sur la qualité de vie des patients et leur état de santé. On peut supposer que cette répression émotionnelle (scores ED et E faibles) est efficace à court terme dans la mesure où elle permet de mettre à distance le choc lié à l'infarctus du myocarde et à la menace vitale. À ce moment de leur existence, les patients privilégient l'action à l'expression émotionnelle. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une mise en œuvre effective de cette action de par l'hospitalisation, la planification de celle-ci est réalisable. Toutefois, un certain nombre d'auteurs [2,13,21] s'accordent sur l'importance de la mentalisation de l'événement de vie stressant. Il semble donc nécessaire que cette expression émotionnelle puisse avoir lieu dans un second temps pour une bonne intégration et symbolisation de l'événement traumatique, qui préserverait ainsi de décompensations somatiques ultérieures. Une approche longitudinale qui intègre des mesures de l'évolution de la santé des patients et de leur qualité de vie est poursuivie actuellement auprès des patients de cette étude.

Conflit d'intérêt : aucun

Références

- [1] De Gucht V, Van Elderen T, Van Der Kamp L, Oldridge N. Quality of life after myocardial infarction: Translation and validation of the MacNew Questionnaire for a Dutch population. *Quality of Life Research* 2004;13:1483-8.
- [2] Dejours C. *Le corps d'abord*. Paris: Payot; 2001.
- [3] Denollet J. Type D personality. A potential risk factor refined. *Journal of psychosomatic research* 2000;49:255-66.
- [4] Dixon T, Lim LLY, Oldridge NB. The MacNew heart disease health-related quality of life instrument: Reference data for users. *Quality of Life Research* 2002;11:173-83.
- [5] Godefroy-Berger L, Hell MC, Marchetti, Spitz E. Qualité de vie des patients en réadaptation cardiaque. Effets des facteurs psychosociaux et des stratégies d'ajustement à la

maladie. III^e Congrès International de Psychologie de la santé Aix-en-Provence, 23-25 juin 2002.

[6] Hillers TR, Guyait GH, Oldridge N et al. Quality of life after myocardial infarction. *J. Clin. Epidemiol.* 1994;47:1287-96.

[7] Lacour C, Consoli SM. Caractéristiques psychologiques et comportementales prédictives de la réactivité tensionnelle à un stress mental. *Arch Mal Cœur* 1993;86:1177-80.

[8] Lepine JP, Godchau M, Brun P, Lempérière T. Évaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne. *Ann Méd Psychol* 1985;143:175-89.

[9] Liedtke R, Jager B. Zum Aggressionsverhalten psychosomatisch Kranker. Eine vergleichende Untersuchung von Patienten mit Colitis ulcerosa und Diabetes mellitus mit dem Rosenzweig-P-F-Test. *PPmP Psychother. Psychosom Med Psychol* 1993;43:178-18.

[10] Lim LLY, Valenti LA, Knapp JC, Dobson AJ, Plotnikoff R, Higginbotham N, Heller RF. A self-administered quality-of-life questionnaire after acute myocardial infarction. *Journal of Clinical Epidemiology* 1993;46:1249-56.

[11] Luszczynska A, Scholz U, Schwarzer R. The general self-efficacy scale: Multicultural validation studies. *J Psychol* 2005;139:439-57.

[12] Maes S, Bruggemans E. Approach-avoidance and illness behaviour in coronary heart patients. In: Schmidt LR, Schwenkmezger P, Weinman J, Maes S. (ed). London: Harwood, 1990. P. 297-308.

[13] Marty P. Mentalisation et psychosomatique. Paris: Les Empêcheurs de penser en rond; 1991.

[14] Perini C, Muller FB, Buhler FR. Suppressed Aggression and Hyperdynamic Cardiovascular Regulation in Normotensive Offspring of Essential Hypertensive Parents. *Journal of Cardiovascular Pharmacology* 1988;12:130-3.

[15] Perini C, Muller FB, Rauchfleisch U, Battegay R, Buhler FR. Hyperadrenergic borderline hypertension is characterized by suppressed aggression. *Journal of Cardiovascular Pharmacology* 1986;8:53-6.

[16] Perini C, Muller FB, Rauchfleisch U, Battegay R, Hobi V, Buhler FR. Aggressionshemmung und gesteigerte sympathikusreaktivität bei der entwicklung der essentialen hypertonie. *Schweiz Med Wschlr* 1984;114:1851-3.

[17] Pichot P, Danjon S. Le test de frustration de Rosenzweig. *Centre de Psychologie Appliquée*; 1964.

- [18] Rosenzweig S. Aggressive behaviour and the Rosenzweig Picture-Frustration (P-F) Study. *Journal of Clinical Psychology* 1976;32:885-91.
- [19] Rosenzweig S. Idiodynamics in personality theory with special reference to projective methods. *Psychol Rev* 1951;58:213-23.
- [20] Rosenzweig S, Adelman S. Construct validity of the Rosenzweig Picture-Frustration Study. *Journal of Personality Assessment* 1977;41:578-88.
- [21] Sami-Ali M. *Corps réel, corps imaginaire*. Paris: Dunod; 1988.
- [22] Valenti L, Lim, Heller RF, Knapp J. An improved questionnaire for assessing quality of life after acute myocardial infarction. *Quality of Life Research* 1996;5:151-61.
- [23] Winefield H. Anger Expression in the Picture-Frustration Study Under Stressful Conditions. *Journal of Personality Assessment* 1981;45:370-4.
- [24] Zigmond AS, Snaith R. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-70.

Tableau 1 : Comparaison des pourcentages moyens de réponses entre un groupe de patients coronariens et un groupe de référence

| | Patients cardiovasculaires n = 58 Moyenne \pm σ | Population de référence n = 244 Moyenne \pm σ | t | ddl | p |
|---|---|---|-------|-----|-------|
| Pourcentage moyen de réponses extrapunitives (E) | 37,57 \pm 11,82 | 47,10 \pm 14,21 | 6,14 | 57 | 0,001 |
| Pourcentage moyen de réponses intropunitives (I) | 29,06 \pm 8,02 | 25,24 \pm 8,89 | 3,63 | 57 | 0,001 |
| Pourcentage moyen de réponses impunitives (M) | 33,30 \pm 9,06 | 26,94 \pm 9,71 | 5,34 | 57 | 0,001 |
| Pourcentage moyen de réponses prédominance de l'obstacle (OD) | 19,65 \pm 7,57 | 19,11 \pm 7,90 | 0,54 | 54 | NS |
| Pourcentage moyen de réponses défense du moi (ED) | 44,97 \pm 8,35 | 59,42 \pm 10,77 | 13,17 | 57 | 0,001 |
| Pourcentage moyen de réponses persistance du besoin (NP) | 35,31 \pm 10,16 | 20,88 \pm 9,74 | 10,82 | 57 | 0,001 |

Tableau 2 : Corrélations entre les scores aux évaluations de la gestion de la frustration, de l'efficacité perçue, de l'affectivité négative, de l'inhibition sociale, des stratégies de coping, de l'anxiété, de la dépression et de la qualité de vie.

| Test de frustration Rosenzweig | Efficacité perçue | Affectivité négative | Inhibition sociale | Stratégie centrée sur le problème | Stratégie centrée sur les émotions | Stratégie de type évitement | Stratégie recherche soutien social | HAD Anxiété | HAD Dépression | QLMI |
|--|-------------------|----------------------|--------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|--------------|----------------|---------------|
| Réponses Extrapunitives (E) | 0,01 | 0,02 | -0,11 | -0,16 | -0,06 | -0,17 | -0,05 | 0,15 | 0,07 | -0,29* |
| Réponses intropunitives (I) | 0,01 | 0,07 | 0,22 | 0,02 | 0,02 | 0,07 | 0,09 | -0,04 | -0,01 | 0,08 |
| Réponses impunitives (M) | 0,01 | -0,10 | -0,07 | 0,20 | 0,08 | 0,17 | -0,01 | -0,15 | -0,08 | 0,31* |
| Réponses de prédominance de l'objet (OD) | -0,13 | 0,16 | 0,28* | -0,06 | 0,07 | -0,05 | 0,14 | 0,07 | 0,16 | -0,08 |
| Réponses de prédominance de | -0,21 | 0,22 | 0,04 | -0,31* | -0,10 | -0,16 | -0,24 | 0,27* | 0,20 | -0,21 |

| | | | | | | | | | | |
|---|--------------|---------------|---------------|--------------|------|------|------|---------------|---------------|------|
| la défense du moi (ED) | | | | | | | | | | |
| Réponses persistance du besoin (NP) | 0,27* | -0,31* | -0,26* | 0,31* | 0,03 | 0,17 | 0,10 | -0,28* | -0,29* | 0,23 |