

# DÉPRESSION ET TEMPÉRAMENT

---

Recherche menée par **Eli HANTOUCHE**

Directeur du Centre des Troubles Anxieux et de l'Humeur (CTAH), PARIS.



FONDATION  
Pierre Deniker  
POUR LA RECHERCHE & LA PRÉVENTION EN  
SANTÉ MENTALE

# Dépression et tempérament

Dans cet article le Dr. Eli Hantouche présente la notion de tempérament affectif et ses liens avec le trouble bipolaire. Ceux-ci ont été introduits par les théories fondatrices d'Hippocrate et de Galien qui ont analysé avec délicatesse la notion de tempérament construisant une véritable « philosophie de la vie » qui continue d'inspirer les spécialistes modernes. « La maladie peut venir et s'en aller, mais le tempérament reste ». Cette affirmation de l'auteur est fondée sur des travaux empiriques. Ils ont été largement stimulés par la création d'outils (comme l'échelle TEMPS) permettant de mesurer les dimensions et les spécificités des tempéraments affectifs, en particulier dans le cadre du trouble bipolaire. Les données disponibles appuient la valeur des tempéraments comme des variantes sub-cliniques des troubles de l'humeur et montrent qu'ils ont une influence sur les formes cliniques des troubles, sur les âges de début et sur leur cours évolutif. Les recherches d'avenir devraient permettre de mieux comprendre le rôle aggravant de la synergie entre les tempéraments dans les cas bipolaires complexes, d'intégrer des travaux en génétique, en neuro-imagerie, promouvoir le suivi au long cours des jeunes cyclothymiques et mieux explorer l'impact des tempéraments sur la santé physique.

## SOMMAIRE

<b>De quels résultats communément admis disposons-nous ?</b>	p.3
<b>Synthèse et perspectives</b>	p.8
<b>Références</b>	p.10
<b>Biographie</b>	p.14

**NOTA BENE :** Les numéros entre crochets dans le texte correspondent aux références bibliographiques situées à la fin du document (Exemple: [1] correspond à Ref. [1] sur la page 10).

## De quels résultats communément admis disposons-nous ?

**1. Hippocrate :** Le plus grand médecin de l'Antiquité (île de Cos 460-Larissa, Thessalie, vers 377 avant J.-C.). Il fait figure de père de la médecine. Son nom recouvre en fait l'œuvre d'une école médicale qui, sous le double signe du rationalisme et de l'observation, établit une approche du corps humain affranchie de considérations religieuses ou magiques. (Encyclopédie Larousse).

**2. Théorie des humeurs d'Hippocrate :** [Consulter le lien](#)

**3. Galien :** Médecin grec (Pergame vers 131-Rome ou Pergame vers 201). Plus grand médecin de l'Antiquité après Hippocrate, il a laissé une œuvre considérable qui fit autorité jusqu'à la Renaissance. [Consulter le lien](#)

**4. Emil Kraepelin :** Psychiatre allemand (Neustrelitz 1865-Munich 1926). Il a étudié la psychose maniaco-dépressive et la démence précoce (schizophrénie) qu'il considère comme irréversible et incurable. Mais, surtout, il a classé toutes les maladies mentales selon leur importance relative, leur évolution et leur état terminal. Ce système est encore à l'heure actuelle une référence nosographique en psychiatrie (Encyclopédie Larousse).

**5. Épisode ou crise maniaque :** La manie est un état mental caractérisé par des degrés d'humeur, d'irritation ou d'énergie anormalement élevés. Elle appartient comme la dépression, aux troubles de l'humeur. Elle constitue l'une des phases du trouble bipolaire et est, dans un sens, l'opposé de la dépression. Des symptômes typiques sont par exemple : une excitation, une exaltation, une humeur « élevée » mais aussi une irritabilité, une plus grande réactivité, une propension à se mettre en colère ; de l'activité sans repos, de l'agitation improductive, une accélération de la pensée ; difficultés de concentration, distractibilité, troubles du cours de la pensée, la fuite des idées, etc.

### LA PROPHÉTIE D'HIPPOCRATE ET DE GALIEN

En observateur fin et patient des phénomènes de la nature humaine (comme les 4 humeurs du corps humain), Hippocrate<sup>1</sup> a réussi à faire les liens entre les maladies physiques et psychiques, et les dérèglements et excès des humeurs corporelles<sup>2</sup>. 500 ans plus tard, Galien de Pergame<sup>3</sup> reprend la théorie d'Hippocrate et l'étend pour définir les tempéraments humains. Il utilise les 4 humeurs basiques, leurs rapports avec les 4 éléments de la nature (terre, feu, eau et vent), les 4 âges et les 4 saisons pour établir les 4 tempéraments : sanguin, mélancolique, bilieux et lymphatique.

C'est probablement le premier modèle de la personnalité qui n'est pas loin des théories modernes en psychiatrie biologique et génétique. Un équilibre harmonieux garantit une « bonne » santé ; en revanche, des combinaisons variées de dérèglements et permutations sont à l'origine des troubles variés des comportements et des émotions. Ce qui est fascinant dans la théorie d'Hippocrate et de Galien est sa durabilité et la délicatesse de son application, qui exige une observation détaillée et complète des humeurs (dominance, abondance, mixtures et permutations) ; une analyse des interactions avec l'environnement et le style de vie (facteurs favorables versus défavorables à l'épanouissement du tempérament) ; une élaboration des remèdes adaptés à chaque configuration tempéra-

mentale ; le tout intégré dans un genre de « philosophie naturelle de vie » dont les fondements peuvent très bien s'appliquer avec l'approche actuelle des troubles de l'humeur.

### LA MALADIE PEUT VENIR ET S'EN ALLER, MAIS LE TEMPÉRAMENT RESTE

C'est à Kraepelin<sup>4</sup> que l'on doit l'hypothèse selon laquelle les épisodes maniaques et dépressifs naissent et se développent à partir d'un état émotionnel basique déjà existant et qui fournit l'évolution cyclique du trouble. En France, la notion d'émotivité constitutionnelle se révélant entre les crises maniaques<sup>5</sup> et mélancoliques, prévalait dans la première partie du 20<sup>ème</sup> siècle (Kahn et Deny, 1909) [1]. Cette constitution (ou tempérament) comporte plusieurs avantages :

- > Rattacher les manifestations cliniques à toute l'histoire antérieure, à l'ensemble de ses antécédents personnels et surtout héréditaires
- > Entrevoir et prédire l'avenir contenu en germe et pour ainsi dire inscrit à l'avance dans la psychopathie du sujet
- > Montrer la constitution émotive du malade, l'étiologie profonde de certains syndromes, appartenant aux obsessions et phobies, à la mélancolie anxieuse, à la cyclothymie<sup>6</sup>...

Kretschmer<sup>7</sup> (1921) propose un continuum qui va de la personnalité cyclothymique – personnalité cycloïde – à la psychose maniaco-dépressive. A la même période, on parlait

**6. La cyclothymie** est un trouble de l'humeur du spectre de la bipolarité, au cours duquel les périodes euphoriques et les périodes dépressives et d'irritabilité se succèdent. La cyclothymie est considérée comme un trouble de l'humeur « affectif persistant » les classifications officielles des troubles mentaux (DSM-IV et CIM 10) mais certains experts la considèrent plus comme un trouble de la personnalité différent de la bipolarité. Pour la classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (CIM 10), la cyclothymie est définie comme une « instabilité persistante de l'humeur, comportant de nombreuses périodes de dépression ou d'exaltation légère (hypomanie), mais dont aucune n'est suffisamment sévère ou prolongée pour justifier un diagnostic de trouble affectif bipolaire ou de trouble dépressif récurrent ».

**7. Paul Kretschmer**: Psychiatre allemand (Wüstenrot, près d'Heilbronn, 1888-Tübingen 1964). Il a élaboré un système de caractérologie en établissant des corrélations entre la conformation corporelle (biotype), le tempérament des individus et la propension à un certain type de maladie mentale.

**8. PMD**: Psychose maniaco-dépressive.

**9. Carl Wernicke**: Neuropsychiatre allemand (Tarnowitz, Silésie, 1848-Thüringer Wald 1905). Sa thèse de doctorat en médecine, *Der aphasische Symptomencomplex* (le Complexe symptomatique de l'aphasie), publiée en 1874, constitue une étape capitale dans le développement des recherches sur les troubles du langage. Elle décrit un nouveau syndrome constitué par une perturbation de la réception du langage qui sera appelé « aphasie sensorielle » ou « aphasie de Wernicke ».

**10. Endogène**: Qui est produit par la structure elle-même en dehors de tout apport extérieur, par opposition à exogène: un facteur de développement endogène (Encyclopédie Larousse).

**11. Hagop Akiskal**: Consulter le lien

**12.** Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego

**13.** Consulter le lien

des sous-types de tempéraments constituant des expressions cliniques atténuées des troubles de l'humeur. Ces approches originales des tempéraments seront obscurcies par le conflit entre les écoles de Munich avec Kraepelin qui prône l'approche unitaire de la PMD<sup>8</sup> et de Berlin avec Wernicke<sup>9</sup> et ses élèves Kleist et Leonhard, qui propose la séparation entre les psychoses unipolaires (manie pure récurrente, dépression pure récurrente) et les psychoses bipolaires et rejette, en même temps, l'idée que les tempéraments affectifs puissent être une expression d'un trouble endogène<sup>10</sup>. Entre 1977 et 1983, Akiskal<sup>11</sup> va faire renaître les tempéraments affectifs à travers la conception du « Spectre Bipolaire ».

## CONSTRUCTION DES QUESTIONNAIRES TEMPS<sup>12</sup>

On doit à Akiskal la renaissance de la recherche moderne sur les tempéraments affectifs. En 1987, Akiskal et Mallya [2], travaillant à l'époque au « Mood Institute de l'Université de Memphis »<sup>13</sup>, ont dressé les critères empiriques pour définir les tempéraments affectifs. Ces critères s'inspirent des personnalités sub-affectives (décrites dans le Tableau n°1 page suivante) en rapport avec:

- > Les dérèglements thymiques (dépressifs et/ou hypomaniaques<sup>14</sup>) d'intensité modérée (par rapport aux signes cliniques observés lors des épisodes typiques de dépression ou d'hypomanie)
  - > Le niveau énergétique
  - > La stabilité émotionnelle et comportementale
  - > Le niveau et mode de réactivité émotionnelle
  - > Les modes relationnelles
  - > La durée habituelle du sommeil
- Avec deux critères importants
- > Âge de début non défini, souvent précoce

avant l'âge de 18 ans

- > Aspect durable et persistant des manifestations.

À partir des critères initiaux d'Akiskal et Mallya (1987) [2], un premier questionnaire a été élaboré à Pise avec une version italienne abrégée, 34 items, du TEMPS-I (avec Interview) a été validée dans une population de jeunes étudiants [3]. Au cours de la finalisation du questionnaire original en anglais, une version française a été élaborée en 1994 pour être utilisée pour la première fois en France dans 2 études nationales EPIMAN et EPIDEP, dédiées aux troubles bipolaires<sup>15</sup> (exploration des formes cliniques de la Manie et évaluation du spectre bipolaire) [4, 5, 6].

Actuellement, on dispose de 2 types de questionnaires :

- > Le TEMPS-I pour Interview (entretien semi-structuré à remplir par un enquêteur), dans des versions longues et abrégées
- > Le TEMPS-A pour Autoévaluation, également dans des versions longues et abrégées. La version française comporte 110 items explorant les domaines émotionnel, social, cognitif et comportemental: un set de 21 items pour TH<sup>16</sup>, TD<sup>17</sup>, TC<sup>18</sup> et TI<sup>19</sup> et un set de 26 items pour le TA<sup>20</sup> [7].

Le projet mondial TEMPS (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego) a été lancé depuis les années 90 [8]. On recense actuellement environ 25 versions dans des langues variées, avec des études conduites en populations cliniques et en population générale. Tenant compte de la courte durée depuis sa création, le questionnaire des tempéraments a eu un succès international et le projet TEMPS-A a donc réussi. La revue des études de vali-

Tableau n°1  
(ci-contre)Les personnalités  
sub-affectives

**14. L'hypomanie** (littéralement, « sous-manie ») est un état psychologique caractérisé par un trouble de l'humeur, laquelle peut être irritable, excitée, persistante et omniprésente, ainsi que par des pensées et des comportements concomitants. Un individu atteint d'hypomanie, appelé hypomane, possède en général un moins grand besoin de dormir et de se reposer, est très extraverti, très compétitif, et manifeste une énergie importante. Contrairement aux maniaques, les individus hypomane sont régulièrement productifs et ne présentent pas de symptômes psychotiques (idées délirantes, hallucinations, discours incohérent et désorganisé).

**15. Trouble bipolaire :** pour des informations sur le trouble bipolaire, consultez l'article n°23 : « Dépression Bipolaire, aspects Cliniques » (Dr. Emilie Olié), Le Livre Blanc de la Dépression, et le site : [Consulter le lien](#)

**16. TH :** Questions évaluant le tempérament hyperthymique

**17. TD :** Questions évaluant le tempérament dépressif

**18. TC :** Questions évaluant le tempérament cyclothymique

**19. TI :** Questions évaluant le tempérament irritable

**20. TA :** questions évaluant le tempérament anxieux

	Hyperthymique	Dépressif	Irritable	Cyclothymique
Début précoce	+	+	+	+
Traits dominants	Hypomaniaques sub-syndromiques (faible intensité)	Dépressifs intermittents de faible intensité	Mixtes avec labilité irritabilité et colère	Cycles courts intermittents entre hypomanie et dépression
Sommeil	Court (6 heures, même le WE)	Long (9 heures ou +)		Variable selon les cycles
Polarité des affects	Positifs - Extraversion (gai, optimiste, exubérant)	Négatifs - Introversion (broyer de noir, sombre, pessimiste)	Mixte - dysphorie dominante, mauvaise humeur (mordant - piquant)	Double polarité - Réactivité excessive (névrosisme)
Stabilité émotionnelle	Forte	Forte	Faible - labilité vers la colère	Faible (oscillations continues)
Niveau d'énergie / activité	Excessif, vigueur, prodigalité, impulsivité	Faible, inertie, passivité, indécision	Fort - tendance à l'agitation et impulsivité	Variable avec productivité assez irrégulière
Estime de soi	Mégalomanie	Dévalorisation	Stable - non altérée	Changeante entre faible et excessive
Modes relationnelles	Grégarité, avidité de contact, intrusif, bavard, empathie	Calme, silencieux, passif, conscientieux, conformiste	Obstructionnisme, hypercritique, faible agréabilité	Abnégation, empathie, ouverture, alternance repli et besoin de contact

dation, réalisées en population générale [8, 9, 10], confirment la typologie en 5 facteurs et l'universalité des tempéraments et montrent l'indépendance du tempérament hyperthymique et les inter-corrélations entre les tempéraments anxieux et dépressifs et

entre irritable et cyclothymique. Le sexe a une influence universelle (hyperthymique prévalant chez les hommes et anxieux - dépressif - cyclothymique chez les femmes). L'âge semble exercer peu d'effet, ce qui est en faveur de la stabilité des tempéraments.

**21. Trouble bipolaire :** pour des informations sur le trouble bipolaire, consultez l'article n°23 : «**Dépression Bipolaire, aspects Cliniques**» (Dr. Emilie Olié), Le Livre Blanc de la Dépression, et le site : **Consulter le lien**

## TEMPÉRAMENTS ET SPECTRE BIPOLAIRE

Depuis la construction du TEMPS, la recherche clinique sur les tempéraments a fait un bond remarquable ; De ces études, on retient :

- > Que les tempéraments cyclothymique et irritable (ainsi que le tempérament dépressif) sont plus fréquents (avec des scores plus élevés) chez les patients bipolaires par rapport aux sujets témoins sains ; Ces 3 tempéraments sont plus fréquents dans le spectre bipolaire (BP-II) par comparaison aux patients avec dépression unipolaire [9, 10, 11, 12].
- > La confirmation des liens entre le tempérament cyclothymique et les indices de bipolarité : hypomanie, histoire familiale de bipolarité, virage sous traitement, âge de début, récurrence [13, 14].
- > La validation de la dualité entre tempéraments stables (hyperthymique) versus instable cyclothymique sur l'expression du trouble BP-I et BP-II<sup>21</sup> [15 ; 16] cf. Tableau n°2 ci-dessous.
- > L'effet protecteur du tempérament hy-

perthymique contrastant avec l'effet fragilisant des tempéraments anxieux et irritables impliqués dans la psychopathologie affective globale (troubles anxieux et dépressifs) [17]. Le rôle du tempérament hyperthymique demeure énigmatique : certaines études montrent un score plus bas chez les bipolaires en rémission par rapport aux témoins sains (ce qui met en doute la spécificité des liens entre l'hyperthymie et la bipolarité) et d'autres études qu'il est plus élevé dans le trouble bipolaire par rapport aux dépressions unipolaires. Il est possible que les patients bipolaires en rémission, présentent des difficultés à reconnaître les traits hyperthymiques, mais aussi les symptômes de polarité maniaque. De plus, le questionnaire du tempérament hyperthymique comporte des items assez positifs et désirables, ce qui explique les scores élevés chez les témoins sains [9].

> L'effet pathoplastique des tempéraments sur la forme clinique des épisodes dépressifs, en dehors des formes typiques BP-I et BP-II [5, 6, 17, 18, 19] cf. Tableau n°3 page suivante.

**Tableau n°2  
(ci-contre)**

Dualité entre tempéraments stables (hyperthymique) versus instable cyclothymique sur l'expression du trouble BP-I et BP-II

### BP épisodique avec Tempérament stable hyperthymique

- > Bipolarité épisodique (présence d'intervalles libres entre les épisodes)
- > Prédominance masculine
- > Début tardif
- > Episodes (hypo)maniaques plus flagrants et nets
- > Hospitalisations psychiatriques plus fréquentes
- > Abus d'alcool
- > Conduites antisociales

### BP circulaire avec Tempérament instable cyclothymique

- > Bipolarité « circulaire » (absence de vrais intervalles libres)
- > Prédominance féminine
- > Début précoce (avant 18 ans)
- > Anxiété de séparation assez nette
- > Comorbidité avec les troubles anxieux et de contrôle des impulsions (boulimie, achats pathologiques...)
- > Traits de personnalité « Borderline »
- > Tentatives de suicide et automutilations
- > Histoire familiale plus chargée de bipolarité et troubles anxieux

**Tableau n°3**  
**(ci-contre)**

L'effet pathoplas-  
tique des tempéra-  
ments sur la forme  
clinique des épi-  
sodes dépressifs, en  
dehors des formes  
typiques BP-I et  
BP-II

Tempérament	Dépression Majeure	Caractéristiques cliniques	Caractéristiques psychologiques (TCI* / Big Five**)
<b>Hyperthymique</b> (Intensité forte / Stabilité)	Trouble BP-IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Début tardif (&gt; 40 ans)</li> <li>&gt; Dépression souvent masquée ou déniée</li> <li>&gt; Conduites de compensation</li> <li>&gt; Allure mixte prolongée (libido augmentée; forte irritabilité)</li> <li>&gt; Peu de récurrence</li> <li>&gt; Anxiété de séparation</li> <li>&gt; Signes TDAH séquellaires (depuis l'enfance)</li> <li>&gt; Abus de substance (cocaïne)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Profil Béta dominant</li> <li>&gt; Corrélation positive avec: extraversion</li> <li>&gt; Déterminisme</li> <li>&gt; Personnalité hypomaniaque</li> <li>&gt; Recherche de nouveauté</li> <li>&gt; Corrélation négative avec ouverture</li> </ul>
<b>Dépressif</b> (Faible Intensité / Stabilité)	Trouble BP-III	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; « Double Dépression » : précoces, récurrentes, sévères, avec surtout des tendances suicidaires plus nombreuses</li> <li>&gt; Hypomanie sporadique souvent pharmacologique</li> <li>&gt; Risque suicidaire dans la famille</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Corrélation positive avec: Névrosisme</li> <li>&gt; Affects négatifs</li> <li>&gt; Agréabilité</li> <li>&gt; Corrélation négative avec Extraversion</li> </ul>
<b>Cyclothymique vs Irritable</b> (Instabilité/ Labilité / Réactivité émotionnelle)	Trouble BP-II 1/2  Cyclicité ultra-rapide	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Âge plus précoce de la première dépression</li> <li>&gt; Récurrence élevée des épisodes</li> <li>&gt; Eléments mélancoliques / psychotiques / Impulsivité et traits</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Profil Alpha faible</li> <li>&gt; Corrélation positive avec: névrosisme et ouverture</li> </ul>

## Synthèse et perspectives

**22. Comorbidité :** est une association de deux ou de plusieurs maladies ou troubles différents et indépendants, tels qu'ils sont individualisés par les classifications en cours. Ainsi, une affection comorbide a existé ou peut survenir durant l'évolution clinique d'un patient qui a une maladie étudiée (A.R. Feinstein, 1970).

**23. Troubles anxieux :** Les troubles anxieux regroupent six entités cliniques: le trouble anxieux généralisé (TAG), le trouble panique avec ou sans agoraphobie, le trouble: anxiété sociale, la phobie spécifique, le trouble obsessionnel compulsif (TOC) et l'état de stress post-traumatique (ESPT). Pour une définition des troubles anxieux, on pourra consulter les **informations fournies par la Haute Autorité de Santé (HAS)**.

**24. La dopamine :** La dopamine est un neurotransmetteur, c'est-à-dire une molécule chargée de transmettre l'information entre les neurones. Lorsque la production ou la circulation de la dopamine est entravée, les cellules nerveuses communiquent mal. Dans le processus d'une addiction, la dopamine est un neuromédiateur du plaisir et de la récompense, que le cerveau libère lors d'une expérience qu'il juge « bénéfique » **Consulter le lien**

**25. L'ocytocine** est une hormone fabriquée dans l'hypothalamus (zone du cerveau régulant de nombreuses fonctions de l'organisme), et la post-hypophyse (partie postérieure l'hypophyse).

**26. Episodes thymiques :** épisodes de troubles de l'humeur.

**27. L'amygdale :** L'amygdale est une structure cérébrale fortement impliquée dans le traitement émotionnel. Elle filtre des informations entrantes dans le système cognitif et effectue des marquages des événements selon leur importance. Elle module la motivation et la libido, contrôle le comportement alimentaire et le sommeil.

Les données disponibles appuient la valeur des tempéraments comme des variantes sub-cliniques, notamment en raison de leur fréquence au sein des troubles de l'humeur et leur agrégation dans les familles des patients bipolaires. De plus, les tempéraments affectifs ont une influence sur les formes cliniques des troubles de l'humeur ainsi que sur les âges de début et le cours évolutif au long cours. La dualité entre les tempéraments « stables » et « instables » représente la base de la dichotomie au sein des troubles bipolaires, entre les troubles « épisodiques » et « instables cyclothymiques ». Cette dualité au sein des tempéraments affectifs valide, en outre, la place de la cyclothymie comme « tempérament et trouble » et en même temps, un trouble distinct et spécifique du spectre bipolaire [20]. Au-delà de ces constats, on attend des études en cours une meilleure connaissance des tempéraments pour :

- > Changer notre regard sur les formes apparemment sub-syndromiques ou atténuées des troubles affectifs [19, 21, 22, 23, 24].
- > Se focaliser sur le rôle aggravant de la synergie entre les tempéraments [cyclothymique – anxieux – irritable] dans les cas bipolaires complexes, comorbides<sup>22</sup>, résistants, récurrents ou difficiles à soigner avec les moyens conventionnels [25].
- > Orienter la recherche vers le dépistage des dépressions et des troubles anxieux<sup>23</sup> qui sont susceptibles d'être aggravés par les antidépresseurs, donc vers une recherche préventive [22].
- > Enrichir la recherche génétique, en précisant le rôle des tempéraments comme facteur de risque et de marqueurs de transmission familiale ; des études montrent des liens entre le gène qui code pour le transporteur de la sérotonine et les tempéraments dépressif, anxieux et irritable ; entre le gène DRD4 qui code pour la dopamine<sup>24</sup> et les tempéraments cyclothymique et irritable ; entre le gène codant pour les récepteurs de l'ocytocine<sup>25</sup> et le tempérament dépressif [26, 27, 28].
- > Compléter la recherche en neuro-imagerie en spécifiant les facteurs de prédisposition responsables de dérèglement du contrôle émotionnel et comportemental qui sont visibles même en dehors des épisodes thymiques<sup>26</sup> (traits cyclothymiques et activation de la région préfrontale ventrale ; désinhibition émotionnelle et activation au niveau de l'amygdale<sup>27</sup> gauche, « noyau dur » de prédisposition) [29].
- > Mettre en place des suivis au long cours des jeunes cyclothymiques / hyperthymiques pour mieux comprendre les stades précoces de la bipolarité, estimer les risques liés à ces tempéraments, et surtout évaluer l'efficacité des mesures thérapeutiques (p. ex. utilité de prendre en charge aussi tôt les jeunes cyclothymiques, avec une approche psychologique spécifique avec un appoint pharmacologique ciblé) [24, 30, 31].
- > Mieux explorer l'impact des tempéraments sur la santé physique. En effet, les tempéraments peuvent affecter la santé physique avec une majoration (ou protection) du





risque de développer un trouble somatique, une détermination de styles de vie et de comportements à risque (impulsivité, recherche de sensations) et un impact sur les modalités d'adaptation à la maladie (persévérance, émotionnalité négative, instabi-

lité, manque de discipline, coopérativité...). Parmi les troubles concernés, le syndrome métabolique, l'addiction au sucre, le diabète type 2, le psoriasis, l'infection HIV, les affections auto-immunes (thyroïde, RCUH ...), cardiovasculaires et cancéreuses [10]. ■

## Références

### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES CITÉES DANS L'ARTICLE

- Ref. [1] **PIERRE-KAHN**  
« La Cyclothymie. De la Constitution cyclothymique et de ses manifestations  
dépression et excitation intermittentes »  
Preface de MG. Deny, Paris: G. Steinheil, 1909.
- Ref. [2] **AKISKAL HS, MALLYA G**  
"Criteria for the 'soft' bipolar spectrum: treatment implications"  
Psychopharmacol Bull, 1987 • 23:68-73.
- Ref. [3] **PLACIDI GF, SIGNORETTA S, LIGUORI A ET AL**  
"The semi-structured affective temperament interview (TEMPS-I). Reliability  
and psychometric properties in 1010 14-26-year old students"  
J Affect Disord, 1998 • 47:1-10.
- Ref. [4] **HANTOUCHE EG, AKISKAL HS, LANCRENON S ET AL**  
"Systematic clinical methodology for validating bipolar-II disorder: data in mid-  
stream from a French national multisite study (EPIDEP)"  
J Affect Disord, 1998 • 50: 163-73.
- Ref. [5] **AKISKAL HS, HANTOUCHE EG, ALLILAIRE JF ET AL**  
"Validating antidepressant-associated hypomania (bipolar III): a systematic  
comparison with spontaneous hypomania (bipolar II)"  
J Affect Disord, 2003 • a; 73:65-74.
- Ref. [6] **AKISKAL HS, HANTOUCHE EG, ALLILAIRE JF**  
"Bipolar II with and without cyclothymic temperament: 'dark' and 'sunny'  
expressions of soft bipolarity"  
J Affect Disord, 2003 • b; 73:49-57.
- Ref. [7] **HANTOUCHE EG, AKISKAL HS**  
"Clinical assessment of affective temperaments"  
Encephale, 1997 • XXIII (suppl 1): 27-34.
- Ref. [8] **AKISKAL HS, AKISKAL K**  
"(EDS). TEMPS: Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego.  
Special issue"  
J Affect Disord, 2005 • 85: 1-242.
- Ref. [9] **VÁZQUEZ GH, TONDO L, MAZZARINI L, GONDA X**  
"Affective temperaments in general population: a review and combined analysis  
from national studies"  
J Affect Disord, 2012 • 139: 18-22.
- Ref. [10] **ROVAI L, MAREMMANI AG, RUGANI F ET AL**  
"Do Akiskal & Mallya's affective temperaments belong to the domain of  
pathology or to that of normality?"  
Eur Rev Med Pharmacol Sci, 2013 • 17(15):2065-79.

- Ref. [11] **RIHMER Z, AKISKAL KK, RIHMER A, ET AL**  
"Current research on affective temperaments"  
Curr Opin Psychiatry, 2010 • 23(1): 12-8.
- Ref. [12] **GONDA X, VAZQUEZ GH, AKISKAL KK, ET AL**  
"From putative genes to temperament and culture: cultural characteristics of the distribution of dominant affective temperaments in national studies"  
J Affect Disord, 2011 • 131(1-3): 45-51.
- Ref. [13] **HANTOUCHE EG, AKISKAL HS**  
"Toward a definition of a cyclothymic behavioral endophenotype: which traits tap the familial diathesis for bipolar II disorder?"  
J Affect Disord, 2006 • 96: 233-7.
- Ref. [14] **GOTO S, TERAO T, HOAKI N ET AL**  
"Cyclothymic and hyperthymic temperaments may predict bipolarity in major depressive disorder: A supportive evidence for bipolar III/2 and IV"  
J Affect Disord, 2011 • 129: 34-8.
- Ref. [15] **PERUGI G, TONI C, MAREMMANI I ET AL**  
"The influence of affective temperaments and psychopathological traits on the definition of bipolar disorder subtypes: a study on bipolar I Italian national sample"  
J. Affect Disord, 2012 • 136: 41-9.
- Ref. [16] **HANTOUCHE EG, ANGST J, AKISKAL HS**  
"Factor structure of hypomania: interrelationships with cyclothymia and soft bipolar disorders"  
J Affect Disord, 2003 • 73: 39-47.
- Ref. [17] **KARAM EG, SALAMOUN MM, YERETZIAN JS ET AL**  
"The role of anxious and hyperthymic temperaments in mental disorders: a national epidemiologic study"  
World Psychiatry, 2010 • 9(2):103-10.
- Ref. [18] **ROZSA S, RIHMER Z, GONDA X, ET AL**  
"A study of affective temperaments in Hungary: internal consistency and concurrent validity of the TEMPS-A against the TCI and NEO-PI-R"  
J Affect Disord, 2008 • 106: 45-53.
- Ref. [19] **WALSH MA, ROYAL AM, BARRANTES-VIDAL N ET AL**  
"The association of affective temperaments with impairment and psychopathology in a young adult sample"  
J Affect Disord, 2012 • 41: 373-81.
- Ref. [20] **HANTOUCHE EG, PERUGI G**  
"Should cyclothymia be considered as a specific and distinct bipolar disorder?"  
Neuropsychiatry, 2012 • 2(5): 407-14.
- Ref. [21] **HANTOUCHE EG**  
"Rethinking Soft Bipolarity: The Old and the New Classifications"  
Bipolar symposium, Milan, May 2008.
- Ref. [22] **HANTOUCHE EG, DEMONFAUCON C**  
"Resistant Obsessive Compulsive disorder (ROC): clinical picture, predictive factors and influence of affective temperaments"  
L'Encephale, 2008 • 34(6): 611-7.

- Ref. [23] **NILSSON KK, STRAARUP KN, JØRGENSEN CR ET AL**  
"Affective temperaments relation to functional impairment and affective recurrences in bipolar disorder patients"  
J Affect Disord, 2012 • 138: 332-6.
- Ref. [24] **VAN METER AR, YOUNGSTROM EA, FINDLING RL**  
"Cyclothymic disorder: A critical review"  
Clinical Psychology Review, 2012 • 32: 229-43.
- Ref. [25] **HANTOUCHE E**  
"Borderline in cyclothymia: the role of irritable temperament"  
Conférence présentée au Congrès IRBD, Mars 2013 • Séville.
- Ref. [26] **EVANS L, AKISKAL HS, KECK PE ET AL**  
"Familiality of temperament in bipolar disorder: support for a genetic spectrum"  
J Affect Disord, 2005 • 85: 153-68.
- Ref. [27] **GREENWOOD TA, AKISKAL HS, AKISKAL KK ET AL**  
"Association Study of Temperament in Bipolar Disorder Reveals Significant Associations with Three Novel Loci"  
Biol Psychiatry, 2012 Feb 22.
- Ref. [28] **AGUIAR FERREIRA AD, VASCONCELOS AG, NEVES FS ET AL**  
"Affective temperaments: familiality and clinical use in mood disorders"  
J Affect Disord, 2013 • 15:148(1):53-6.
- Ref. [29] **WHALLEY HC, SUSSMANN JE, CHAKIROVA G ET AL**  
"The neural basis of familial risk and temperamental variation in individuals at high risk of bipolar disorder"  
Biol Psychiatry, 2011 • 70: 343-9.
- Ref. [30] **MAZIADÉ M, COTÉ R, BERNIER H ET AL**  
"Significance of extreme temperament in infancy for clinical status in pre-school years: II. Patterns of temperament change and implications for the appearance of disorders"  
Br J Psychiatry, 1989 • 154: 544-51.
- Ref. [31] **KOCHMAN FJ, HANTOUCHE EG, FERRARI P ET AL**  
"Cyclothymic temperament as a prospective predictor of bipolarity and suicidality in children and adolescents with major depressive disorder"  
J Affect Disord, 2005 • 85: 181-9.

## REQUÊTE ACTIVE VERS UNE BASE BIBLIOGRAPHIQUE

### ARTICLES RÉFÉRENCÉS SUR PUBMED

- Avec les mots-clés : [temperament character & bipolar disorder](#)
- Avec les mots-clés : [temps & depression](#)



## AUTRES LIENS UTILES

- CTAH- recherche <http://ctah.eu/index.php>
- France Dépression
- SOS Dépression
- Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (FNAPSY)
- Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM)

## Biographie



### Eli HANTOUCHE

Docteur, psychiatre et expert international des troubles bipolaires et du trouble obsessionnel compulsif.

---

### THÈMES DE RECHERCHE

**Eli HANTOUCHE** est directeur du Centre des Troubles Anxieux et de l'Humeur ([www.ctah.eu](http://www.ctah.eu)) ; il est l'auteur de plus de 200 articles médicaux et 13 livres consacrés aux troubles bipolaires, aux tempéraments, à la créativité, aux TOC et autres troubles anxieux.

### COORDINATION SCIENTIFIQUE

**Galina IAKIMOVA**, chargée de mission pour la Fondation Pierre Deniker, Paris ; Maître de conférences de psychologie à l'Université de Nice-Sophia Antipolis.

### DÉCLARATIONS DE CONFLIT D'INTÉRÊT

**Aucun.**



FONDATION  
Pierre Deniker  
.....  
POUR LA RECHERCHE & LA PRÉVENTION EN  
SANTÉ MENTALE