Laboratoire InterPsy
UFR Connaissance de l'Homme

L'humeur dépressive sous l'angle des cognitions spécifiques et des écarts entre les sois

Thèse pour l'obtention du grade de Docteur de Nancy-Université
Discipline : Psychologie

Présentée et soutenue publiquement par

Julie LEDRICH

Le 7 septembre 2011

Sous la direction du Professeur Kamel GANA

Membres du Jury :

Pr. Martine BOUVARD, Université de Savoie (Rapporteur)
Pr. Kamel GANA, Université Bordeaux 2 (Directeur de Thèse)
Pr. Bruno QUINTARD, Université Bordeaux 2 (Rapporteur)
Pr. Cyril TARQUINIO, Université de Metz

L’humeur dépressive sous l’angle des cognitions spécifiques et des écarts entre les sois

Julie Ledrich

RESUME

L'objectif de notre travail est de proposer un modèle explicatif de l'humeur dépressive, intégrant à la fois un ensemble de cognitions, ainsi qu'une évaluation des écarts entre les sois. Plusieurs études préliminaires à ce modèle ont été réalisées. D'une part, deux études investissent l'opérationnalisation et l'organisation structurale de huit cognitions spécifiques. En outre, nous essayons de mettre en évidence deux mécanismes les reliant à l'humeur dépressive, l'un bénéfique *via* le contrôle perçu, et l'autre délétère *via* l'auto-blâme. Nos résultats confirment nos hypothèses en reléguant les attributions causales au second plan, et en montrant que l'auto-blâme et le contrôle perçu correspondent à des dimensions plus proximales de la dépression. D'autre part, une troisième étude présente les qualités psychométriques de notre adaptation française d'une échelle évaluant les écarts entre les sois idéal, moral et non désiré (Hardin et Lakin, 2009). Cette validation préliminaire permettra la mise en œuvre d'une quatrième étude destinée à mettre à l'épreuve notre modèle intégratif. La mise en perspective de ces dimensions est analysée sous l'angle de leurs effets sur l'estime de soi, variable supposée médiatrice. Tandis que les cognitions spécifiques conservent les effets précédemment démontrés, certaines propositions de la théorie des écarts entre les sois (Higgins, 1987) ne sont pas vérifiées et feront l'objet d'analyses *post-hoc*. Enfin, nous interrogeons le sens de ces relations en montrant que, si la personnalité peut influencer l'émergence de l'humeur dépressive (« *vulnerability model* »), celle-ci est également susceptible d'altérer la façon de penser (« *scar model* »).

Mots-clefs

Dépression, Auto-Blâme, Contrôle perçu, Ecarts entre les sois, Attribution causale, Estime de soi

ABSTRACT

Depressive mood from the perspective of specific cognitions and self-discrepancies

The aim of this study is to propose an integrated model of depressive mood, by including several cognitions and self-discrepancies. Several preliminary studies were conduct. On the one hand, two studies were devoted to the measure and test of a structural organisation between eight specific cognitions. In addition, we try to explain their relationship to depressive mood by the way of two distinct mechanisms: a salutary one *via* perceived control and a detrimental one *via* self-blame. Results corroborate our hypothesis by relegating causal attributions to the background and by showing that self-blame and perceived control have more proximity with depressive mood. On the other hand, one study presents the preliminary validation of our French adaptation of the Integrated Self-Discrepancy Index (ISDI; Hardin & Lakin, 2009). Then, through the use of structural equation modeling, the integrated model was tested. Self-esteem is proposed as mediator of the relationship between cognition, self-discrepancies and depression. While effects of cognition are confirmed, one hypothesis of self-discrepancy theory (Higgins, 1987) isn't. Additionally, *post-hoc* analyses were then performed. Finally, we addressed the direction of causality between personality and depression, by comparing five structural models including vulnerability hypothesis, scar hypothesis, or both. Results showed that a mixed model integrating both types fit best to the data.

Key words

Depression, Self-Blame, Perceived Control, Self-Discrepancy, Causal Attribution, self-esteem

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier vivement M. le professeur Kamel Gana pour avoir accepté de m'accompagner et de soutenir ma motivation tout au long de ce travail de thèse. Sa conception et sa défense de la recherche scientifique ont largement contribué à guider mes stratégies de recherche. En outre, sa rigueur et ses connaissances méthodologiques m'ont apportées bien plus que de simples savoirs ; elles m'ont ouvertes les portes de nombreux possibles.

Je remercie bien entendu les membres du jury, Madame et Messieurs les professeurs Martine Bouvard, Bruno Quintard, et Cyril Tarquinio, pour avoir accepté d'évaluer ce travail.

Je souhaiterais également remercier ma famille et en particulier mes parents, pour le grand soutien moral et matériel qu'ils m'ont offert tout au long de mes études. Merci de m'avoir offert cette chance.

Merci également à Elodie, Mary Ann, Annabelle, Pierrot, Frédéric, Valérian, Olivier et Youssef, pour votre présence et nos précieux échanges.

Un grand merci également à toutes les personnes qui ont participé au déroulement de ces études : les enseignants-chercheurs de Nancy 2 qui ont accepté de m'offrir un peu de leur temps d'enseignement pour effectuer mes passations, Annika, Isabelle et Martine pour leur traduction de l'ISDI, ainsi que l'ensemble des participants pour la patience dont ils ont fait preuve tout au long de ces passations !

Enfin, je tiens à remercier de tout cœur mon compagnon de route, mon âme-sœur, pour sa précieuse relecture, son soutien inconditionnel et son amour sans faille. Merci mon Emilien, à mon tour à présent de te soutenir dans la continuité de tes projets…

TABLE DES MATIERES

RESUME 3
ABSTRACT 4
REMERCIEMENTS 5
TABLE DES MATIERES 6
INTRODUCTION 11

PREMIERE PARTIE : REVUE THEORIQUE 14

CHAPITRE I : L'HUMEUR DEPRESSIVE 15
1. Dépression et humeur dépressive 15
1.1. Historique et définition 15
1.2. Des contours mieux définis aujourd'hui ? 16
1.2.1. Approche catégorielle *versus* dimensionnelle de la dépression 16
1.2.2. Implications pour le diagnostic 17
1.2.3. Que suggèrent les données empiriques ? 19
1.3. Symptomatologie générale 22
1.4. Epidémiologie 24
1.4.1. Prévalence des troubles dépressifs caractérisés 24
1.4.2. Prévalence des troubles dépressifs subsyndromiques 25
2. Étiologie de l'humeur dépressive 26
2.1. Facteurs biologiques 26
2.1.1. Facteurs génétiques 26
2.1.2. Théories pharmacologiques 28
2.2. Facteurs psychologiques 29
2.2.1. Approches psychodynamiques 29
2.2.2. Approches des traits de personnalité 30
2.2.2.1. Théories et définition 30
2.2.2.2. Incidence de la personnalité dans la dépression 32
2.2.3. Approches cognitives 33
2.2.3.1. Présentation générale 33
2.2.3.2. Universalité vs spécificité des cognitions dépressives 34
2.3. Vers une approche intégrative 35
2.4. L'inégalité homme/femme : réalité ou artefact ? 36
3. Conclusion 38
CHAPITRE II : L'HUMEUR DEPRESSIVE SOUS L'ANGLE DES COGNITIONS SPECIFIQUES 40
1. Les cognitions dans l'humeur dépressive : nature d'un débat 41
2. Les attributions causales dans la théorie de l'impuissance acquise 43
2.1. Retour sur la naissance de la théorie de l'impuissance acquise 43
2.1.1. Les premières expérimentations 43
2.1.2. La rupture avec la tradition béhavioriste classique et l'hypothèse de l'impuissance acquise 44
2.1.3. L'application à l'Homme et aux grands domaines d'adaptation de l'Homme 45
2.2. La reformulation attributionnelle : de *learned helplessness* à *learned optimism* 46
2.2.1. L'introduction des dimensions attributionnelles 46
2.2.2. La définition de styles explicatifs 47
2.3. De *learned helplessness* à *learned hopelessness* 48
2.4. L'évaluation du style attributionnel 50
2.5. Plus de 30 années de recherches empiriques 52
2.5.1. Des hypothèses généralement confirmées… 52
2.5.1.1. Les attributions causales et l'humeur dépressive 52
2.5.1.2. Les composantes cognitives et la dépression 53
2.5.1.3. Le style cognitif à l'épreuve d'un modèle diathèse-stress 53
2.5.2. …mais cependant toujours controversées 54
2.5.2.1. Une relation à la dépression inconsistante 54
2.5.2.2. L'étude des interactions avec la perception de non contingence reste rare 55
2.5.3. Qu'en est-il des mécanismes supposés ? 56
2.6. Conclusion 57
3. La triade cognitive dans la théorie cognitive de Beck 58
3.1. Naissance de la théorie cognitive de Beck 58
3.1.1. A l'origine : un intérêt certain pour les théories analytiques 58
3.1.2. Amorçage d'un virage conceptuel 59
3.2. Développement d'un modèle explicatif de la dépression 60

3.2.1. Hiérarchisation de la symptomatologie : l'hypothèse de primauté des cognitions ... 60
3.2.1.1. Les biais cognitifs ... 60
3.2.1.2. Les réponses affectives et motivationnelles ... 61
3.2.1.3. Réponses somatiques et végétatives ... 61
3.2.2. Le fonctionnement cognitif : plusieurs niveaux d'analyse ... 62
3.2.2.1. Les schémas dépressifs ... 62
3.2.2.2. Les processus cognitifs ... 63
3.2.2.3. Les distorsions cognitives ... 64
3.3. De multiples outils de mesure ... 65
3.3.1. Mesure de la dépression ... 66
3.3.2. Mesure des événements cognitifs ... 67
3.3.3. Mesure des processus et distorsions cognitives ... 67
3.3.4. Mesure des schémas cognitifs ... 68
3.4. Plus de 40 années de recherches empiriques ... 69
3.4.1. Pertinence des thématiques de la triade cognitive ... 69
3.4.2. Les attitudes dysfonctionnelles à l'œuvre dans l'humeur dépressive ... 70
3.4.3. Spécificité des cognitions dépressives ... 71
3.5. Conclusion ... 72
4. Du débat sur les cognitions : discussions et propositions en faveur d'une meilleure compréhension de leur fonctionnement ... 73
4.1. Nécessité de mieux discriminer certaines dimensions ... 74
4.1.1. L'attribution causale de responsabilité ... 74
4.1.2. L'attribution causale de contrôle perçu ... 74
4.1.3. L'attribution d'auto-blâme ... 76
4.1.3.1. L'impact délétère de la tendance à l'auto-blâme ... 76
4.1.3.2. L'impact bénéfique de la tendance à l'auto-blâme ... 76
4.1.3.3. Existe-t-il deux types de blâme ? ... 77
4.1.4. Un paradoxe dans la dépression ... 79
4.1.5. Des concepts distincts ? ... 80
4.1.5.1. L'appel de Shaver ... 80
4.1.5.1.1. Au départ : un constat ... 80
4.1.5.1.2. À l'arrivée : une théorie ... 81
4.1.5.2. Qu'en est-il aujourd'hui? ... 82
4.1.5.2.1. Un même constat ... 82
4.1.5.2.2. Un appel toujours relayé ... 83
4.1.6. Conclusion ... 84
4.2. Nécessité de différencier le focus des attributions : attributions de cause *vs* de solution ... 84
4.2.1. L'appel de Brickman ... 84
4.2.1.1. Un impact différentiel pour des conséquences différentes ... 84
4.2.1.2. L'évaluation des attributions de responsabilité ... 85
4.2.1.3. Mise en perspective empirique des attributions de cause et de solution ... 88
4.2.2. Le contrôle perçu des conséquences ... 90
4.2.2.1. Importance de la prise en compte des différents types de contrôle ... 91
4.2.2.2. Le cas des situations incontrôlables ... 93
4.2.2.3. Fonctionnement du contrôle présent perçu ... 94
4.3. « On ne peut pas chasser le brouillard avec un éventail » ... 95
CHAPITRE III : L'HUMEUR DEPRESSIVE SOUS L'ANGLE DE DIMENSIONS DISPOSITIONNELLES ... 97
1. Nature des relations entre la personnalité et l'humeur dépressive ... 98
2. Les écarts entre les sois ... 101
2.1. Naissance de la théorie des écarts entre les sois ... 101
2.2. Modèle explicatif de la dépression de Higgins ... 101
2.2.1. L'atteinte des standards idéaux et moraux : une motivation intrinsèque ... 101
2.2.2. Les écarts aux standards idéaux et moraux : une source de détresse psychologique ... 102
2.2.2.1. L'hypothèse de spécificité des relations ... 102
2.2.2.2. Disponibilité et accessibilité des écarts entre les sois ... 104
2.3. Le soi non désiré d'Ogilvie ... 104
2.4. Méthodes d'évaluation des écarts entre les sois ... 105
2.4.1. Les méthodes idiographiques ... 105
2.4.2. La méthode nomothétique ... 106
2.4.3. La méthode intégrative ... 107
2.5. Validité empirique des théories de Higgins et d'Ogilvie ... 108
2.5.1. Tests des hypothèses de Higgins ... 108
2.5.1.1. Structure factorielle des écarts entre les sois : des concepts distincts ou des facettes d'un même concept ? ... 108
2.5.1.2. Relation à des émotions spécifiques ... 109
2.5.1.3. Relation à l'humeur anxieuse et dépressive ... 110
2.5.2. Quels effets du soi non désiré sur l'humeur ? ... 111

2.5.3. Quelques pistes explicatives ... 112
2.6. Un concept mal connu et délaissé ... 113
3. Des dimensions de la personnalité ... 114
3.1. Les croyances relatives au futur : l'optimisme dispositionnel ... 114
3.1.1. Définition ... 114
3.1.2. Evaluation psychométrique de l'optimisme ... 115
3.1.2.1. Le Life Orientation Test ... 115
3.1.2.1. Un concept bipolaire ou bidimensionnel ? ... 115
3.1.3. Validité empirique ... 116
3.1.4. Quels sont les mécanismes en jeu ? ... 117
3.2. Les croyances relatives au contrôle ... 118
3.2.1. Le sentiment d'auto-efficacité ... 118
3.2.1.1. Définition ... 118
3.2.1.2. Evaluation psychométrique ... 118
3.2.1.2.1. Evaluation relative à des contextes spécifiques ... 118
3.2.1.2.2. Evaluation relative à une croyance générale ... 118
3.2.1.3. Validité empirique ... 119
3.2.1.4. Quels sont les mécanismes en jeu ? ... 120
3.2.1.4.1. Les stratégies de coping ... 120
3.2.1.4.1. L'estime de soi ... 121
3.2.2. Le locus de contrôle ... 121
3.2.2.1. Définition ... 121
3.2.2.2. L'évaluation du locus de contrôle ... 122
3.2.2.3. Validité empirique ... 122
3.2.2.4. Quels sont les mécanismes en jeu ? ... 123
3.3. Les croyances relatives à soi : l'estime de soi ... 124
3.3.1. Définition ... 124
3.3.2. Evaluation de l'estime de soi ... 124
3.3.2.1. Le Rosenberg Self-Esteem Scale ... 124
3.3.2.2. Dimensionnalité du concept ... 125
3.3.3. Validité empirique ... 126
3.3.3.1. Association à l'ajustement psychologique ... 126
3.3.3.2. Un modèle diathèse-stress ... 127
3.3.4. Un rôle premier dans l'émergence de l'humeur dépressive? ... 127
3.4. Conclusion : Persistance d'un débat sur l'organisation structurale des relations entre la personnalité et l'humeur dépressive ... 128
CHAPITRE IV : PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS GENERAUX ... 130
1. Rassembler, opérationnaliser et organiser les cognitions ... 130
2. Une mise en perspective multidimensionnelle ... 131
3. Mise en place de six études empiriques ... 132
4. Aspects méthodologiques ... 133

SECONDE PARTIE : ÉTUDES EMPIRIQUES ... 134

CHAPITRE I : MESURE ET ROLE DES COGNITIONS SPECIFIQUES DANS L'EMERGENCE DE L'HUMEUR DEPRESSIVE ... 135
1. Étude 1 : Test d'un mécanisme reliant les attributions causales à l'humeur dépressive : la perception de soi à l'épreuve du contrôle perçu ... 135
1.1. Objectifs ... 135
1.2. Méthode ... 139
1.2.1. Participants ... 139
1.2.2. Matériel et procédure ... 139
1.3. Résultats ... 141
1.3.1. Statistiques descriptives ... 141
1.3.2. Analyses corrélationnelles ... 142
1.3.3. Analyse en pistes causales ... 143
1.3.3.1. Procédure ... 143
1.3.3.2. Tests des effets directs ... 143
1.3.3.3. Tests des effets indirects (médiateurs) : Procédure de rééchantillonnage ... 144
1.4. Discussion ... 146
2. Étude 2. Test d'une séquence structurelle explicative de l'humeur dépressive : mise à l'épreuve d'un modèle mettant en relation huit cognitions spécifiques ... 150
2.1. Objectif ... 150
2.2. Méthode ... 154
2.2.1. Participants ... 154
2.2.2. Matériel et procédure ... 154
2.3. Résultats ... 157

2.3.1. Statistiques descriptives ... 157
2.3.2. Distinction entre les concepts ... 158
2.3.2.1. Consistance interne des échelles ... 158
2.3.2.2. Corrélation entre attributions et recouvrement (variance partagée) ... 159
2.3.2.3. Structure factorielle ... 160
2.3.2.4. Réseau nomologique ... 163
2.3.3. Explication de l'humeur dépressive : analyses en pistes causales ... 167
2.3.3.1. Procédure ... 167
2.3.3.2. Test des effets directs ... 168
2.3.3.3. Test des effets indirects ... 169
2.4. Discussion ... 171
CHAPITRE II : L'HUMEUR DEPRESSIVE A L'EPREUVE DES ECARTS ENTRE LES SOIS ... 175
1. Étude 3 : Adaptation française et validation de l'échelle des écarts entre les sois de Hardin et Lakin (2009) ... 175
1.1. Objectifs ... 175
1.1.1. L'évaluation des écarts entre les sois : différentes approches en compétition ... 176
1.1.2. L'ISDI : une méthode intégrative ... 177
1.2. Méthode ... 179
1.2.1. Traduction ... 179
1.2.2. Procédure ... 180
1.2.3. Participants ... 180
1.2.4. Instruments de mesure ... 181
1.3. Résultats ... 182
1.3.1. Statistiques descriptives ... 182
1.3.2. Consistance interne ... 183
1.3.3. Structure factorielle ... 184
1.3.4. Validité de construit ... 186
1.3.4.1. Réseau nomologique ... 186
1.3.4.2. Spécificité des relations à la détresse psychologique ... 188
1.4. Discussion ... 190
2. Étude 4 : Vers un modèle intégratif : attributions, écarts entre les sois, estime de soi et dépression ... 193
2.1. Objectifs ... 193
2.1.1. L'estime de soi : un médiateur multidimensionnel ? ... 194
2.1.2. Effets des cognitions sur l'estime de soi ... 196
2.1.3. Effets des écarts entre les sois sur l'estime de soi ... 198
2.1.4. La présente étude ... 199
2.2. Méthode ... 201
2.2.1. Participants ... 201
2.2.2. Matériel et procédure ... 201
2.3. Résultats ... 204
2.3.1. Statistiques descriptives ... 204
2.3.2. Analyses corrélationnelles ... 205
2.3.3. Analyses en pistes causales ... 207
2.3.3.1. Procédure ... 207
2.3.3.2. Tests des effets directs ... 208
2.3.3.3. Tests des effets indirects (médiateurs) : Procédure de rééchantillonnage ... 210
2.4. Discussion ... 214
3. Étude 5. Le contexte et les variables démographiques comme facteurs explicatifs de l'évaluation de soi globale ... 218
3.1. Objectifs ... 218
3.2. Méthode ... 219
3.2.1. Participants ... 219
3.2.2. Matériel et procédure ... 219
3.3. Résultats ... 219
3.4. Discussion ... 221
CHAPITRE III : NATURE DE LA RELATION ENTRE LES FACTEURS DE PERSONNALITE ET L'HUMEUR DEPRESSIVE ... 225
1. Étude 6 : Personnalité vs *dépression : mise en compétition de 5 modèles structuraux ... 225*
1.1. Objectifs ... 225
1.2. Méthode ... 231
1.2.1. Participants ... 231
1.2.2. Matériel et procédure ... 231
1.3. Résultats ... 232
1.3.1. Statistiques descriptives ... 232
1.3.2. Analyses corrélationnelles ... 233

1.3.3. Analyses en pistes causales 234
1.3.3.1. Procédure 234
1.3.3.2. Le modèle de mesure 235
1.3.3.3. Les modèles structuraux 236
1.3.3.3.1. Test des effets directs 236
1.3.3.3.2. Test des effets indirects 237
1.4. Discussion 238
CONCLUSION GENERALE 240
BIBLIOGRAPHIE 250

ANNEXES 294

ANNEXE 1. LE STYLE ATTRIBUTIONNEL 295
ANNEXE 2. EVALUATION DES COGNITIONS SPECIFIQUES : ITEMS AJOUTEES DANS LE QUESTIONNAIRE DES STYLES ATTRIBUTIONNELS 300
ANNEXE 3. ECHELLE D'AUTO-EFFICACITE 301
ANNEXE 4. ECHELLE D'ESTIME DE SOI 302
ANNEXE 5. ÉCHELLES DE DEPRESSION ET D'ANXIETE 303
ANNEXE 6. ECHELLE D'OPTIMISME DISPOSITIONNEL 306
ANNEXE 7. ECHELLE DE LOCUS DE CONTROLE 307
ANNEXE 8. ECHELLE DES ECARTS ENTRE LES SOIS 309
ANNEXE 9. QUESTIONS DEMOGRAPHIQUES 316

INTRODUCTION

La compréhension des comportements humains est un exercice complexe. L'individu est amené à s'ajuster en permanence, pour faire face aux nouvelles demandes quotidiennes ou ponctuelles de l'environnement. Les facteurs candidats à l'explication de ces ajustements sont multiples. Tandis que certaines approches mettent en avant un déterminisme génétique, d'autres défendent l'influence de facteurs environnementaux ou encore de personnalité. De plus en plus cependant, ces points de vue unitaires laissent la place à des conceptions davantage intégratives des comportements humains. Sur la base du modèle transactionnel du stress (Lazarus et Folkman, 1984), des modèles plus complexes se développent, comme par exemple le modèle intégratif et multifactoriel de Bruchon-Schweitzer et Dantzer (1994). Celui-ci explique l'ajustement psychologique sous l'angle de transactions entre l'individu et l'environnement, tout en prenant en compte des antécédents environnementaux, sociodémographiques, biomédicaux et psychologiques. Les transactions correspondent ainsi à l'évaluation de la situation et de ses propres ressources personnelles, ainsi que des stratégies cognitives et comportementales mises en place pour faire face à la situation. L'ensemble de ces variables permettrait d'éclairer l'ajustement ainsi que l'état de santé physique et psychologique qui en résulte. Il semble donc aujourd'hui évident que l'étude des antécédents physique ou psychologique ne suffise pas à expliquer le fonctionnement humain, et que la prise en compte des transactions individu-environnement par le biais de l'évaluation subjective soit un indicateur plus proche de la réalité du sujet humain.

L'ajustement aux nouvelles situations représente donc un vrai challenge pour l'individu. Les éventuelles difficultés rencontrées sont susceptibles de conduire à des perturbations psychologiques, comportementales et somatiques. La dépression en fait partie, et sa fréquence et sa gravité en font un enjeu public majeur. Bien que les médias diffusent de plus en plus d'informations sur ce trouble, sa prévalence reste élevée. Le baromètre de santé 2005 (Morvan *et al.,* 2007) indique en effet que plus de 3 millions de personnes seraient touchées chaque année par une dépression caractérisée, et que près de 5 millions en présenteraient des symptômes sans pour autant satisfaire l'ensemble des critères de diagnostic.

En parallèle, les recherches scientifiques explosent. Explorée depuis l'Antiquité, la dépression a fait l'objet de nombreuses réflexions et études empiriques. Il suffit de saisir le

terme ‘dépression’ dans une base de données telle que Psychinfo ou Sciencedirect, pour s’apercevoir du nombre impressionnant d’articles scientifiques traitant de ce sujet. Par exemple, la base de données Psychinfo répertorie 171529 articles[1] comprenant le mot ‘depression’ dans ses mots clefs. Ainsi, engager des recherches sur cette thématique condamne nécessairement un tel travail à la frustration et l’incomplétude. Notre essai ne présente donc pas l’ambition d’une revue exhaustive de ce sujet. Nous l’aborderons davantage sous l’angle de plusieurs théories cognitives, certaines déjà bien étayées, d’autres un peu moins explorées. Car malgré ces années de recherche, les études empiriques rapportent des résultats fréquemment inconsistants, nous rappelant qu’il s’agit d’un phénomène encore bien complexe. Par conséquent, aborder un travail de thèse sur le thème de l’humeur dépressive peut sembler désuet, rébarbatif, voire inutile, pourtant il a selon nous une pertinence à la fois sociale, et scientifique.

Notre travail s’organise en deux grandes parties. Une première partie théorique présentera tout d’abord les phénomènes de dépression et d’humeur dépressive, et exposera un certain nombre de débats toujours en vigueur, concernant notamment leur délimitation ainsi que leurs facteurs étiologiques. Nous poursuivrons cette partie en proposant une revue de littérature de théories et de concepts régulièrement évoqués pour comprendre l’émergence et/ou le maintien de symptômes dépressifs. Cette revue mentionnera deux familles de construits psychologiques :

- Nous nous intéresserons dans un premier temps à certaines cognitions transactionnelles considérées comme caractéristiques de l’humeur dépressive. Plusieurs cognitions seront ainsi présentées et replacées dans leur contexte théorique d’origine. Notamment, nous aborderons les attributions causales principalement mises en exergue au sein des théories de l’impuissance acquise et du désespoir (Abramson *et al.,* 1978 ; Abramson *et al.,* 1989), ainsi que les biais cognitifs décrits dans le modèle cognitif de Beck (1987). Nous discuterons ensuite du statut de ces cognitions au regard de propositions théoriques et de données empiriques issues de la littérature. Cette confrontation sera alors l’occasion d’ouvrir ces modèles à d’autres cognitions vraisemblablement à l’œuvre dans l’humeur dépressive.
- Dans un second temps, nous nous intéresserons à des dimensions supposées générales et plus stables dans le fonctionnement individuel. Parmi ces dimensions, les ‘écarts entre les sois’ (Higgins, 1987 ; Ogilvie, 1987) feront l’objet d’une attention

[1] Recherche actualisée le 26 juin 2011

particulière. A notre surprise, les contributions françaises sont absentes des recherches portant sur ce domaine, comme en témoigne d'ailleurs le fait qu'à notre connaissance, aucun outil en langue française n'ait été adapté pour mesurer ces perceptions individuelles. Pourtant, les écarts entre les sois ont été identifiés comme des enjeux majeurs du processus thérapeutique (Rogers, 1951) et présentent donc un intérêt certain. Nous poursuivrons notre exposé en présentant également des dimensions auxquelles les chercheurs recourent fréquemment dans les études portant sur l'ajustement psychologique, notamment l'optimisme dispositionnel (Scheier et Carver, 1985), l'auto-efficacité (Bandura, 1977) ou encore l'estime de soi (Brown et Harris, 1978 ; Rosenberg, 1965).

A l'issue de cette revue théorique, une seconde partie empirique, se structure en trois ensembles d'études.

- Dans un premier temps, deux études seront consacrées à la mise à l'épreuve de modèles proposant une opérationnalisation et une organisation structurale de différentes cognitions. Nous explorerons à ce titre plusieurs mécanismes, l'un bénéfique et l'autre délétère, susceptibles d'expliquer leur association à l'humeur dépressive.
- Dans un second temps, nous nous intéresserons plus spécifiquement aux écarts entre les sois. Nous étudierons les qualités psychométriques d'une adaptation française d'un outil de mesure des écarts entre les sois, et explorerons l'explication de la détresse psychologique qu'elle offre dans une population française. A l'issue de cette première validation, nous mettrons en perspective les écarts entre les sois avec les cognitions précédemment étudiées, dans un modèle intégratif explicatif de l'humeur dépressive.
- En dernier lieu, une étude critique adressera la question du sens des relations causales entre les facteurs psychologiques et la dépression. En particulier, il s'agira de mettre en compétition les hypothèses issues des modèles « *vulnerability* » et « *scar* » de la personnalité.

PREMIERE PARTIE :

REVUE THEORIQUE

CHAPITRE I : L'HUMEUR DEPRESSIVE

1. DEPRESSION ET HUMEUR DEPRESSIVE

1.1. Historique et définition

Comme c'est le cas pour de nombreux troubles mentaux, les représentations et définitions de l'humeur et de la dépression en particulier ont évolué en fonction des époques, des cultures, mais aussi des écoles de pensée. Dès l'Antiquité et plusieurs siècles durant, les conceptions en vigueur identifiaient la dépression sous le terme de mélancolie, et situaient son origine dans les perturbations de l'organisme. Développant sa théorie des humeurs, Hippocrate proposait d'associer l'état mélancolique à un déséquilibre des fluides, et plus exactement de l'atrabile, également appelée bile noire. Cette conception restera influente jusqu'à l'avènement de la médecine moderne. Entre temps, elle aura côtoyé d'autres courants, comme par exemple le Stoïcisme reliant les maladies aux passions. Backburn et Cottraux (2008) situent d'ailleurs les origines de l'approche cognitive dans la mouvance de ce courant. Ils rapportent des écrits de Marc Aurèle (n.d./2005) témoignant de l'opposition à la médecine traditionnelle : « Si quelque objet extérieur te chagrine, ce n'est pas lui, c'est le jugement que tu portes sur lui qui te trouble » (cité par Blackburn et Cottraux, 2008, p. 11).

Ensuite, la période du Moyen-âge sera marquée par un recul des conceptions médicales, au profit d'une considération démoniaque des troubles mentaux. Le retour aux explications moins divines accompagnera l'époque moderne, et avec elle, la disparition du terme unique de mélancolie en faveur d'une volonté de discerner davantage ses multiples formes. Ainsi, 'mélancolie' devient 'lypémanie' (Esquirol), 'folie circulaire' (Falret) et 'folie à double forme' (Baillarger) pour désigner les psychoses maniaco-dépressives, aujourd'hui également appelées 'troubles bipolaires'. Il faudra attendre Kraepelin pour que l'emploi du terme 'dépression' soit généralisé. Bien qu'à cette époque encore, il désigne la phase de tristesse alternant avec la phase d'euphorie des troubles bipolaires, son emploi s'est généralisé à l'ensemble des troubles affectant l'élan vital et se caractérisant par une humeur triste.

Ainsi aujourd'hui, la dépression est considérée comme une « maladie mentale caractérisée par une modification profonde de l'état thymique, de l'humeur dans le sens de

la tristesse, de la souffrance morale et du ralentissement psychomoteur » (d'après le Grand Dictionnaire de la Psychologie, p. 256).

1.2. Des contours mieux définis aujourd'hui ?

1.2.1. Approche catégorielle *versus* dimensionnelle de la dépression

Si nos connaissances sur l'humeur ont évolué depuis l'Antiquité, il n'en reste pas moins des questionnements en suspens. La délimitation des contours de la dépression anime en effet encore de nombreux débats. Qu'est ce qui distingue une humeur triste d'un épisode dépressif majeur ? A partir de quel moment la tristesse devient-elle pathologique ? La question se pose d'autant plus que beaucoup de personnes ressentant une humeur triste, présentent sensiblement les mêmes caractéristiques que les personnes diagnostiquées comme ayant un trouble dépressif. Beck (2009) rapporte en effet qu'elles utilisent les mêmes termes pour décrire leur ressenti, qu'elles présentent des comportements (intonation de la voix ou expression faciale par exemple) ainsi que des altérations du fonctionnement physiologique (fatigue, sommeil, appétit) similaires. Où se situe donc la frontière entre ces deux « états » ?

La question de savoir s'il existe une continuité entre l'humeur dépressive et la dépression, ou si la dépression constitue un trouble qualitativement distinct, reste entière. Autrement dit, la dépression représente-t-elle une catégorie à part entière ou une position sur le continuum de plusieurs dimensions ? L'approche quantitative, dimensionnelle, d'une part, suggère qu'il existe une continuité entre les personnalités normales et pathologiques, et qu'un certain nombre de traits fondamentaux sont associés au développement des troubles de l'humeur. En fonction de sa position sur le continuum, la personne est susceptible de présenter un profil normal ou pathologique. Ainsi, les formes de dépression légère, modérée et sévère sont considérées comme des grandeurs témoignant des différentes positions sur un même continuum. En revanche, les tenants de l'approche qualitative, catégorielle, ont tenté d'identifier des profils de pathologie spécifiques. Les formes de dépression légère correspondraient à une humeur dysphorique, tandis que le trouble dépressif majeur s'en distinguerait qualitativement par la présence de symptômes tels que certains troubles somatiques (sommeil, appétit) ou encore les idées suicidaires (Flett *et al.,* 1997).

1.2.2. Implications pour le diagnostic

La conception des troubles de l'humeur adoptée correspond à un véritable enjeu. En effet, dernière cette question se pose celle du diagnostic. Nous avons commencé à l'évoquer en abordant certaines classifications. A ce jour, deux classifications sont couramment utilisées par les chercheurs et praticiens : la Classification Internationale des Maladies (CIM) et le *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM). Toutes deux privilégient une approche catégorielle des maladies. La CIM est actuellement éditée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et regroupe l'ensemble des troubles somatiques et psychiques. La 10ème édition de cette classification, la CIM-10, code par exemple l'épisode dépressif 'F32', qu'elle distingue du trouble dysthymique (F34-1). Voici un exemple de la façon dont la catégorisation est effectuée :

F = Catégorie « Troubles mentaux et du comportement »
3 = Sous-catégorie « Trouble de l'humeur »
2 = Sous-catégorie « Episode dépressif »

En particulier, elle propose une graduation de la gravité de la dépression en fonction du nombre et du type de symptômes présents. Cette graduation résulte en plusieurs catégories de dépression, les épisodes dépressifs légers, moyens, sévères sans symptômes psychotiques et sévères avec symptômes psychotiques. Elle distingue ainsi les dépressions de type névrotique de celles de type psychotique.

Le DSM, dont la prochaine version est prévue pour 2013, a été crée en 1952 par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA) et ne porte que sur les troubles psychiques. La dernière version, le DSM-IV, répertorie les différentes formes de dépression dans les troubles de l'humeur. On y distingue les troubles dépressifs des troubles bipolaires. Les troubles bipolaires regroupent les troubles bipolaires I et II, dont le diagnostic nécessite la présence d'épisodes dépressifs, maniaques, hypomaniaques ou mixtes, ainsi que les troubles cyclothymiques ne remplissant pas les conditions diagnostiques précédentes et s'installant davantage dans le temps. Les troubles dépressifs peuvent prendre la forme d'un trouble dépressif majeur, également appelé trouble dépressif unipolaire, ou d'un trouble dysthymique. Tandis que le premier nécessite la présence d'un épisode dépressif, c'est-à-dire au moins cinq des neufs symptômes présentés ci-dessous pendant au moins deux semaines, le second est moins sévère (présence de deux symptômes parmi six) et plus

chronique (plus d'un jour sur deux pendant au moins deux ans). L'encadré 1 présente les critères actuellement en vigueur dans le diagnostic de l'épisode dépressif majeur.

Encadré 1. Critères diagnostics de l'épisode dépressif majeur issus du DSM-IV-TR (APA, 2003)

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours

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

(3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours

(7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inapproprié (qui peut être délirante) presque tous les jours

(8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours

(9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte

C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale

E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil

Ces classifications catégorielles comportent donc des critères d'inclusion et d'exclusion de symptômes, justifiant l'appartenance à l'une ou l'autre catégorie nosographique. Cette approche est cependant de plus en plus remise en question (Klein *et al.,* 2010 ; Trull et Durrett, 2005). L'importante comorbidité entre les troubles, l'instabilité des diagnostics ainsi que le manque de spécificité des traitements amènent chercheurs et praticiens à reconsidérer cette approche (Kupfer *et al*., 2002). La fréquence de la comorbidité – ou cooccurrence[2] – reflète-t-elle la présence d'au moins deux entités nosologiques distinctes, ou d'entités diagnostiques partageant un facteur commun tel que

[2] Ce terme est parfois préféré pour sa nature davantage descriptive (Lilienfeld *et al.,* 1994).

l'affectivité négative par exemple (Widiger et Samuel, 2005) ? Widiger et Samuel (2005) soulignent également les délimitations parfois vagues de certains troubles, qui ont amené à identifier de nouvelles catégories diagnostiques dans les classifications des maladies. Tel est le cas par exemple du trouble mixte anxiété-dépression proposé dans l'annexe B du DSM-IV, également appelé trouble anxieux et dépressif mixte dans la CIM-10. Ce diagnostic est proposé pour les personnes présentant des symptômes à la fois d'anxiété et de dépression, mais ne présentant pas l'ensemble des critères pour justifier l'appartenance à l'une ou l'autre des catégories (Tyrer *et al.,* 2003). Widiger et Samuel (2005) ironisent d'ailleurs en rapportant que l'identification de cette catégorie a été notamment réalisée à partir d'études portant sur le névrosisme, 'dimension' de personnalité prédisposant aux affects négatifs de ce type.

1.2.3. Que suggèrent les données empiriques ?

Ce débat témoigne d'un manque de consensus toujours actuel quant à ce qui distingue les individus souffrant d'une humeur dépressive, c'est-à-dire d'une forme subsyndromique, de ceux qui présentent un trouble dépressif majeur. L'article de Flett *et al*. (1997) adresse directement la question de la continuité entre une population tout-venant ou estudiantine, et une population clinique ; autrement dit entre l'humeur dépressive et la dépression caractérisée. Notamment, les auteurs discutent l'hypothèse de continuité sous un angle phénoménologique, typologique et étiologique.

D'un point de vue phénoménologique, les auteurs interrogent la similarité des corrélats entretenus avec différentes formes de dépression. De manière générale, les études plaident en faveur d'une continuité entre la dépression subsyndromique ne satisfaisant pas le seuil critique diagnostic, le trouble dysthymique et les formes de dépression caractérisée légères à sévères (Flett *et al.,* 1997). En particulier, ces différentes formes ne se distingueraient pas qualitativement par rapport aux symptômes dépressifs, à la perturbation du fonctionnement social et professionnel qu'ils engendrent, à leurs facteurs de comorbidité, à l'histoire familiale de dépression, ou encore à certaines caractéristiques démographiques relatives au sexe ou à la situation familiale (Broadhead *et al.,* 1990 ; Despland *et al.,* 1995 ; Johnson *et al.,* 1992 ; Judd *et al.,* 1994 ; Judd *et al.,* 1997 ; Wells *et al.,* 1992 ; Zisook *et al*., 1994). La dépression subsyndromique correspondrait à un intermédiaire entre l'absence de dépression et la présence d'une dépression caractérisée. Des tendances similaires ont été rapportées suite aux comparaisons effectuées entre

différentes formes de dépression caractérisée, légère, modérée et sévère (Goethe *et al.,* 1993 ; Maes *et al*., 1988 ; Skodol *et al*., 1994). Cependant des différences qualitatives ont également été observées entre les formes sévères de dépression majeure et des formes moins sévères ou subsyndromiques (Flett *et al.,* 1997). Notamment, les formes sévères présentent dans certaines études des caractéristiques différentes telles que la présence de tentatives de suicide, une histoire familiale de dépression ou encore une moindre amélioration clinique (Goethe *et al*., 1993 ; Klein, 1990 ; Skodol *et al.,* 1994).

D'un point de vue typologique, Flett *et al.* (1997) discutent l'existence de formes de dépression qualitativement distinctes. Mais les tendances rapportées par différentes études sont inconsistantes. Les auteurs expliquent que des tentatives ont notamment été menées pour distinguer les formes endogènes, caractérisées par des symptômes mélancoliques tels que l'anhédonie, des formes exogènes, caractérisées par des symptômes non mélancoliques tels que le sentiment d'impuissance. Si certaines études sont parvenues à isoler une forme endogène (Grove *et al.,* 1987 ; Haslam et Beck, 1994), d'autres ne la répliquent pas (Kendler *et al*., 1996) ou mettent en évidence une continuité de la gravité des symptômes de dépression, dont la tournure mélancolique constitue une forme sévère (Zimmerman *et al*., 1986).

D'un point de vue étiologique, les auteurs se demandent si des symptômes subsyndromiques sont susceptibles de mener à une forme de dépression caractérisée. Flett *et al.* (1997) rapportent un ensemble d'études témoignant du facteur de risque que constitue la présence de symptômes subsyndromiques dans le développement ultérieur d'un épisode dépressif majeur (*e.g.*, Harrington *et al*., 1990 ; Howarth *et al.,* 1992 ; Weissman *et al.,* 1992), avec ou sans vécu antérieur de dépression (Gotlib *et al*., 1995). En outre, l'hypothèse de continuité est également appuyée par des données suggérant que la rémission d'un épisode dépressif majeur peut résulter en des formes mineures ou subsyndromiques de dépression (Broadhead *et al.,* 1990 ; Campbell *et al*., 1992 ; Paykel *et al.,* 1995), et qu'à l'inverse, un trouble subsyndromique constitue un facteur de risque pour le développement d'un trouble caractérisé (Judd *et al*., 1997).

D'après Flett *et al*. (1997), tandis qu'une continuité phénoménologique et étiologique semble trouver un certain support au sein de la littérature scientifique, la continuité typologique est moins étayée. Néanmoins, les auteurs rappellent qu'il n'existe pour autant pas vraiment d'éléments en faveur d'une discontinuité de ce type.

Qu'en est-il près de 14 ans plus tard ? L'approche dimensionnelle est toujours particulièrement défendue dans le champ de la dépression et de la psychopathologie en général (Huprich, 2003 ; Lynam, 2002 ; Miller et Lynam, 2003 ; Trull *et al.,* 2003 ; Vachon *et al*., 2009 ; Widiger et Samuel, 2005). Comme le rapportent Schroeder *et al*. (1992, p. 52 ; cité dans Widiger et Samuel, 2005, p. 497) :

> « *The evidence suggests that personality disorders are not characterized by functioning that differs in quality from normal functioning; rather, personality disorder can be described with traits or dimensions that are descriptive of personality, both disordered and normal.* »

Cependant, la question de savoir si les différentes formes de dépression diffèrent en termes de degré ou de type reste toujours sans réponse claire (Hankin *et al.,* 2005). De nombreuses études confortent cette idée de dimensionnalité, aussi bien dans une population d'enfants et d'adolescents (Hankin *et al.,* 2005 ; Whisman et Pinto, 1997) que d'adultes (Franklin *et al.,* 2002 ; Prisciandaro et Roberts, 2005 ; Ruscio et Ruscio, 2000). La comparaison de données issues d'échantillons cliniques et analogues suggère les mêmes tendances (Cox *et al.,* 1999, 2001 ; Enns *et al.,* 2001 ; Richter *et al.,* 2003 ; Vredenburg *et al*., 1993). Cependant des résultats mitigés demeurent et une approche catégorielle semble privilégiée, concernant notamment les symptômes d'ordre somatiques (Beach et Amir, 2003) ou la dépression endogène (Ambrosini *et al*., 2002 ; Haslam et Beck, 1994). Comme certains l'ont noté, si les données plaident généralement en faveur d'un continuum, il est néanmoins possible que certains aspects soient discontinus et spécifiques au syndrome dépressif ou au trouble dépressif majeur (Enns *et al.,* 2001 ; Flett *et al.,* 1997 ; Haaga et Solomon, 1993).

Aussi, bien qu'il soit nécessaire de poursuivre les études afin d'éclairer le statut des différentes formes de dépression, et qu'il convienne de rester prudent face à la position adoptée, il nous semble possible d'envisager une continuité entre les dépressions subsyndromique et caractérisée. Notre travail s'inscrit plus particulièrement dans cette approche dimensionnelle de la dépression. Par conséquent, notre propos concernera moins la dépression vue comme entité nosographique, que l'humeur dépressive considérée comme différence inter-et-intra-individuelle. Notre essai ne s'inscrit donc pas dans une approche psychopathologique des troubles, mais dans une approche socio-cognitive de l'ajustement psychologique de tout un chacun.

1.3. Symptomatologie générale

D'après Minor *et al*. (2005), les patterns de symptômes sont relativement stables chez un individu. La variabilité intraindividuelle cliniquement observée refléterait davantage une fluctuation de la sévérité des symptômes. Cette fluctuation a notamment été mise en évidence par Judd *et al.* (1997). Les auteurs montrent que sur une période d'un an, les individus sont susceptibles de passer d'un trouble subsyndromique à un trouble caractérisé, et inversement dans le sens d'une rémission. Classiquement, les symptômes dépressifs se décomposent en quatre familles principales :

- Les troubles émotionnels : La dépression se manifeste essentiellement par une humeur dépressive, c'est-à-dire une tristesse importante ainsi qu'un état d'abattement. Cette humeur peut revêtir une expression verbale ou paraverbale (expression faciale, intonation), comportementale ou encore somatique (douleur dans la poitrine, sensation de vide intérieur). La personne éprouve des sentiments négatifs envers elle-même, perd peu à peu son entrain, son enthousiasme, son sens de l'humour. La satisfaction auparavant ressentie face à certaines activités diminue, aussi bien dans le cadre d'une activité professionnelle, récréative que lors d'interactions sociales. Une altération des relations d'attachement est également rapportée. Les pleurs sont plus fréquents, et des symptômes anxieux accompagnent souvent l'état dépressif.

- Les troubles motivationnels : L'état dépressif se caractérise également par une 'paralysie' de la volonté et une perte des envies. Une tendance à la passivité et à la dépendance à autrui prend peu à peu le pas sur l'initiation de l'action. Tout mouvement, tant psychique que comportemental, semble en effet nécessiter un effort important. On observe une propension plus importante à l'évitement et à la fuite, plutôt qu'à la résolution de problème. Le repli sur soi s'accentue, et les souhaits de suicide apparaissent souvent comme la seule manière de mettre fin à cette souffrance.

- Les troubles cognitifs : Tant les processus cognitifs que leur contenu se modifient. Le traitement de l'information est altéré en ce sens qu'il présente un ralentissement et une perte d'efficience (difficulté à penser, à se concentrer) ainsi qu'une

perception davantage centrée sur les stimuli négatifs. Le contenu des pensées présente une augmentation de thèmes négatifs (dévalorisation de soi, culpabilité, pessimisme), voire une absence de contenu positif. La personne présente en effet ce que Beck appelle la triade cognitive, à savoir des contenus négatifs sur elle-même (auto-blâme, dévalorisation), sur le monde (impuissance) ainsi que sur le futur (attentes négatives, pessimisme). Elle se perçoit souvent comme "déficiente" en termes de capacités, d'intelligence, d'efficacité, d'attraction physique, se sent impuissante et s'accable des situations négatives rencontrées. L'indécision caractérise également l'état dépressif.

- Les troubles d'ordre somatique et végétatif : Le fonctionnement biologique souffre lui aussi d'un ralentissement certain. Fatigue et perte d'énergie dé-rythment le quotidien. Le sommeil, l'appétit et le désir sexuel sont altérés.

L'état dépressif est donc susceptible d'envahir la personne dans son entièreté, psychique, somatique, comportementale. Chaque forme de dépression, subsyndromique ou caractérisée, légère, modérée ou sévère, s'enchaine potentiellement sur un continuum de sévérité, tant sur le plan des symptômes que du retentissement sur les activités habituelles de la personne. De toute évidence, la dépression témoigne d'un basculement dans la vie d'un individu, où le poids du vécu devient plus lourd que le poids des ressources, tant personnelles que sociales. Malheureusement, ce déséquilibre n'est pas toujours facile à repérer et à reconnaitre, tant les demandes sociétales peuvent être parfois oppressantes et culpabilisantes.

La 'dé-pression', entendu comme relâchement momentané des fonctions psychiques et motrices, est une réaction normale, une réaction à une situation. En ce sens, elle semble légitime. Là où commence la dépression, entendu comme trouble de l'humeur, c'est notamment lorsqu'elle dure depuis au moins deux semaines selon le DSM-IV, et donc lorsqu'elle engendre un handicap dans la vie quotidienne. Le handicap pouvant être entendu comme la conséquence de ce processus temporel morbide qui inquiète l'homéostasie de la personne. Le moyen le plus rationnel serait donc de jouer sur ce temps, en repérant rapidement les signes visibles de ce trouble en devenir. De l'humeur dépressive au trouble caractérisé il n'y a qu'un pas, un symptôme. Or comme nous allons le voir la prévalence des troubles subsyndromiques est plus importante que celle des troubles caractérisés.

1.4. Epidémiologie

1.4.1. Prévalence des troubles dépressifs caractérisés

Les dernières données statistiques publiées proviennent de l'étude *Anadep* de l'INPES[3] (Chan Chee *et al*., 2009). Cette enquête rapporte une prévalence de l'épisode dépressif majeur sur la vie, de l'ordre de 17,8%. Le premier épisode dépressif apparaitrait au début de l'âge adulte, en moyenne vers 30 ans. Dans 60% des cas, ces épisodes sont isolés.

L'anxiété généralisée et la consommation d'alcool sont des facteurs de comorbidité importants. Leur prévalence dépend de la sévérité de la dépression. Chan Chee *et al*. (2009) rapportent une prévalence de l'anxiété de l'ordre de 10,8% dans les dépressions légères à modérées, et de l'ordre de 20,6% dans les dépressions sévères. Pour ce qui est de la consommation d'alcool, sa fréquence d'association est de 14,7% dans les dépressions légères à modérées, et atteint 15,2% lorsque l'épisode est sévère.

Sommes-nous tous égaux face à la dépression ? Selon ce même rapport, la réponse est clairement négative. Si l'on considère le sexe des personnes, les femmes sont deux fois plus touchées par la dépression que les hommes. Parmi les personnes ayant souffert d'une dépression au cours des 12 derniers mois, les femmes présentaient 4 fois plus de dépression sévère que les hommes. En outre, elles sont davantage susceptibles de rencontrer plus d'un épisode au cours de leur vie. La situation familiale et socioculturelle est elle aussi un facteur de disparité. Les personnes divorcées ou veuves semblent plus à risques de dépression que les personnes mariées ou vivant maritalement. De même, les personnes vivant seules, avec ou sans enfants présentent une prévalence plus élevée. Enfin, la variabilité des situations socioéconomiques renforce les inégalités. Plus les revenus sont faibles, plus la fréquence de l'épisode dépressif augmente. De même, les personnes sans activité professionnelle ou au chômage font parties des groupes les plus touchés, cette prévalence s'élevant avec la durée de chômage. Dans la population active, la fréquence augmente avec la précarité de l'emploi. A l'inverse, un niveau d'étude supérieur à quatre années après le baccalauréat semble être un facteur de protection. Morvan *et al*. (2007) relèvent enfin des pics de prévalence chez les 20-25 ans ainsi que chez les 35-44 ans. Aucune différence n'a été observée en fonction de la région d'habitation, du pays de naissance ou encore de l'appartenance religieuse.

[3] Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

1.4.2. Prévalence des troubles dépressifs subsyndromiques

Les données issues du Baromètre santé 2005 (Morvan *et al*., 2007) ont tenu compte des expériences de troubles dépressifs caractérisés, mais également des expériences de troubles subsyndromiques. Morvan *et al*. (2007) rapportent une prévalence sur l'année de 18,8% de personnes ayant souffert de symptômes dépressifs subsyndromiques, c'est-à-dire ne satisfaisant pas les critères diagnostics. La figure 1 présente la répartition de ces statistiques en fonction du nombre de symptômes. La majorité de ces personnes a présenté un symptôme de tristesse ou de perte d'intérêt et 35% entre deux et quatre symptômes, pendant la période recommandée par le DSM-IV, c'est-à-dire tous les jours ou presque, toute la journée ou presque, et cela pendant une période d'au moins deux semaines. Morvan *et al.* (2007) ont également inclus dans ces statistiques les personnes satisfaisant les critères d'épisode caractérisé en termes de nombre de symptômes, mais pas en termes de retentissement sur la vie quotidienne.

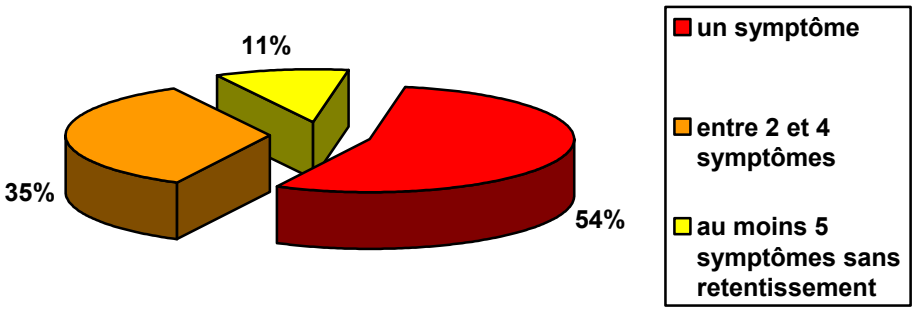


Figure 1. Répartition des personnes ayant souffert d'un trouble subsyndromique en fonction du nombre de symptômes (Morvan *et al.*, 2007)

Il est intéressant de noter que la proportion de femmes souffrant de symptômes subsyndromiques est significativement plus élevée que celle des hommes, et cela pour les trois catégories rapportées. Un pic de prévalence a été relevé pour la tranche d'âge des 15-19 ans, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Mais tandis que ce risque diminue avec l'âge chez les hommes, il semble davantage fluctuer chez les femmes avec un regain d'un trouble composé d'un symptôme principal entre 55 et 75 ans.

Ce rapport indique en outre que le vécu de troubles subsyndromiques peut également conduire à des perturbations du fonctionnement quotidien. Notamment, 4,8%

des personnes présentant un symptôme principal et 12,8% des personnes présentant plus d'un symptôme principal ont été amenées à arrêter leur travail, sur une durée moyenne de 60 jours. Les données de ce rapport n'ont cependant pas porté sur certaines données démographiques telles que la situation familiale et professionnelle, ou encore la présence de comorbidité des personnes souffrant de troubles subsyndromiques.

La comparaison des données concernant les troubles dépressifs caractérisés et subsyndromiques suggère des différences quantitatives plutôt que qualitatives entre ces deux 'catégories'. Le vécu de symptômes dépressifs non caractérisés semble en effet générer des perturbations dans le fonctionnement habituel de la personne, et affecte davantage les femmes. En outre, sa prévalence plus importante que celle des troubles caractérisés en fait un enjeu de santé publique majeur.

2. ÉTIOLOGIE DE L'HUMEUR DEPRESSIVE

À ce jour, on ne connait toujours pas les causes des différentes formes de dépression. Cependant il existe plusieurs hypothèses sur ses origines. Notons que l'idée de la prévalence d'un facteur particulier perd progressivement de son ampleur. Les auteurs s'accordent en effet de plus en plus sur une conception davantage interactionniste et multifactorielle, dans laquelle plusieurs facteurs jouent un rôle dans l'émergence des symptômes dépressifs. L'objectif des recherches est donc d'identifier ces antécédents, qu'il s'agisse de facteurs dispositionnels génétiques ou développementaux, rendant l'individu vulnérable à certains troubles telle que l'humeur dépressive.

2.1. Facteurs biologiques

2.1.1. Facteurs génétiques

Afin de déterminer l'origine génétique des troubles dépressifs, les études génétiques quantitatives ont privilégié les comparaisons d'individus partageant un lien génétique (Plomin *et al.,* 2008). Plusieurs types de comparaison sont généralement effectués. Une première porte sur les membres d'une même famille. Si les personnes reliées au premier degré, c'est-à-dire partageant un lien familial direct, présentent un taux de dépression plus élevé que les personnes ayant un lien plus éloigné, cette différence est attribuée à des facteurs génétiques. Une seconde porte sur des jumeaux mono- et di-

zygotes (MZ et DZ). Tandis que les premiers partagent le même génotype (MZ), les seconds en partagent la moitié (DZ). De plus, ils évoluent dans un environnement jugé commun. Par conséquent, les différences observées dans la probabilité de développer un trouble dépressif reflèteraient la part génétique du trouble. Une troisième étudie les situations d'adoption. La comparaison peut alors porter sur deux jumeaux séparés, partageant le même génotype mais pas le même environnement, ou sur une personne adoptée et les membres de sa fratrie, ne partageant cette fois que l'environnement. De manière générale, l'objectif de ces recherches est donc d'apprécier la part de variance des troubles d'une part héritée, et d'autre part expliquée par l'environnement partagé ou non. Les résultats de ces différentes études tendent à montrer une part héritable importante dans les troubles bipolaires, moyenne dans les troubles dépressifs majeurs, et faible dans les troubles dysthymiques (Lôo et Lôo, 2005 ; Zuckerman, 2011). Kendler et ses collègues par exemple (Kendler *et al.,* 1993 ; Kendler et Prescott, 1999) rapportent une héritabilité variant de 38 à 42% dans le trouble dépressif majeur, avec un taux similaire chez les hommes et chez les femmes. Selon les auteurs, la variance restante se rapporte à l'influence de l'environnement non partagé (l'expérience individuelle extra-familiale) ainsi qu'à l'erreur de mesure. Lyons *et al.* (1998) obtiennent des résultats similaires, et montrent en outre que les troubles dysthymiques seraient fortement influencés par l'environnement non partagé, modérément par l'environnement partagé, mais non par des facteurs génétiques.

S'il existe effectivement un facteur héritable dans les troubles de l'humeur, est-il possible d'identifier les gènes impliqués dans cette transmission ? C'est la question à laquelle cherchent à répondre les études génétiques moléculaires, en comparant des séquences d'ADN (Acide DésoxyriboNucléique) de sujets présentant des troubles de l'humeur à ceux de sujets sains par exemple. Leurs résultats semblent appuyer l'implication de plusieurs gènes, dont les effets combinés créeraient une vulnérabilité au développement du trouble (Lau et Eley, 2010). Parmi eux, le gène polymorphique responsable de la transmission sérotoninergique (5-HTTLPRD) a fait l'objet de nombreuses études. Par exemple, Lesch *et al.* (2002) montrent que les porteurs de l'allèle 'court' de ce gène, présentent un plus fort niveau de névrosisme ainsi qu'un plus faible niveau d'agréabilité que les porteurs de l'allèle 'long'.

2.1.2. Théories pharmacologiques

Comme le rappellent Lôo et Lôo (2005), plusieurs constats cliniques laissent supposer l'existence potentielle de facteurs biologiques à l'origine du déclenchement des troubles dépressifs. Notamment, les auteurs s'appuient sur le déclenchement parfois inexplicable de ces troubles au regard de facteurs psychologiques ou situationnels, sur la régularité des rechutes, sur l'occurrence de symptômes suite à un traitement médicamenteux ou à des maladies impliquant le système endocrinien, ou encore sur l'amélioration de l'humeur observée suite à la prise d'antidépresseurs. Parmi les nombreuses théories explicatives existantes, celles étant à ce jour le mieux étayées impliquent des perturbations au niveau de la transmission chimique. En particulier, deux neurotransmetteurs impliqués dans la fonction thymique seraient présents en nombre insuffisant, la sérotonine et la noradrénaline. Deux hypothèses ont été formulées pour expliquer cette insuffisance. Tandis que la première implique une perturbation de l'activité des neurotransmetteurs, la seconde évoque une anomalie au niveau des récepteurs post-synaptiques.

Notons cependant que les études ne permettent actuellement pas de déterminer si les perturbations observées au niveau de ces neurotransmetteurs constituent une cause ou une conséquence de l'humeur dépressive. Néanmoins, les traitements pharmacologiques généralement prescrits semblent avoir un effet sur l'humeur. D'après Chan Chee *et al*. (2009), la consommation de médicaments psychotropes est importante, tant dans une population ne présentant pas de troubles dépressifs (27,7%) que chez les personnes présentant un épisode dépressif léger à modéré (62,4%) ou sévère (73,4%). Il existe deux familles d'antidépresseurs qui ont pour objectif d'augmenter le nombre de neurotransmetteurs dans la synapse et donc l'influx nerveux. Le groupe de l'imipramine inhibe la recapture présynaptique, et le groupe des IMAO empêche la perte des neurotransmetteurs en neutralisant les enzymes destructrices. Une autre famille d'antidépresseurs a également vu le jour, les antidépresseurs de nouvelle génération. Pour simplifier, les antidépresseurs peuvent être classifiés selon leur moyen d'action. Les antidépresseurs psychotoniques ont un rôle désinhibiteur et stimulant. Ils agissent sur les symptômes associés au ralentissement psychomoteur et à la fatigue. Les antidépresseurs sédatifs ont un pouvoir anxiolytique et agissent sur l'anxiété souvent associée, l'agitation et les perturbations du sommeil. Enfin, les antidépresseurs médians constituent un intermédiaire entre ces deux moyens d'action.

2.2. Facteurs psychologiques

2.2.1. Approches psychodynamiques

Les approches psychodynamiques situent l'origine des comportements dans les pulsions et motivations inconscientes que la personne construit au cours de ses interactions précoces. Ces interactions sont généralement pensées comme décevantes (Abraham, 1911/2010), carencées (Spitz, 1946), ambivalentes (Klein 1934, 1940/2004) ou encore insécures (Bowlby, 1982). Pour Freud (1917/1950), la dépression résulte d'une perte, réelle ou imaginaire, non élaborée de l'objet aimé. A cette impossibilité d'en faire le deuil succède une identification narcissique à l'objet. La colère ressentie envers l'objet perdu est alors retournée contre soi et consiste en des tendances auto-agressives. Ces tendances sont proches de celles décrites par Abraham (*op. cit.*) selon lequel, la haine que porte l'individu envers le monde extérieur s'accompagne d'un sentiment de culpabilité et est également retournée contre soi. D'autres hypothèses ont été formulées telles que la reviviscence de l'ambivalence affective originellement ressentie lors de la « position dépressive » (Klein, 1934, 1940/2004), ou encore une privation précoce de la relation maternelle (Spitz, 1946) pour expliquer la dépression ultérieure. Si les sources de l'humeur dépressive à l'âge adulte sont plurielles au sein des théories psychodynamiques, toutes les situent cependant au cœur des relations, notamment parentales, précoces (Zuckerman, 2011).

Les études visant à tester les hypothèses de ces mécanismes inconscients sont rares et difficiles à mener (Beck, 2009). Les techniques actuellement disponibles ne permettent pas en effet d'opérationnaliser certains mécanismes tels que l'introjection de la pulsion agressive par exemple, à l'aide d'un protocole standardisé. Aussi, certaines recherches se sont davantage centrées sur des données observables telles que les événements de vie. Notamment, Cui et Vaillant (1996) ont suivi 113 étudiants sur une période de 36 ans (de 26 à 62 ans). Les résultats de leur études révèlent que les événements de vie négatifs, la présence de troubles dépressifs au sein de la famille, ainsi des relations sociales stables et satisfaisantes pendant les études universitaires, permettent de prédire l'émergence d'affects dépressifs. La séparation prolongée de l'enfant vis-à-vis d'un de ses parents lors de divorces (Tennant, 1988) ou de décès (Brown et Harris, 1978) par exemple, s'avèrent également être des facteurs explicatifs significatifs. Brown et Harris (1978) rapportent en effet que le risque de développer des symptômes dépressifs chez des femmes rencontrant des événements de vie particulièrement stressants, est de 47% chez celles qui ont connu le

décès de leur mère avant l'âge de 11 ans, et de 17% chez celles n'ayant pas vécu cette perte précoce. L'ensemble de ces résultats appuient l'importance du contexte interpersonnel, familial ou social, dans la vulnérabilité aux troubles de l'humeur.

2.2.2. Approches des traits de personnalité

2.2.2.1. Théories et définition

Cette approche situe la source des comportements et des motivations conscientes au niveau de dimensions de personnalité, de traits fondamentaux (Myers, 1997). Ces traits de personnalité, ou tempéraments[4], représentent des caractéristiques relativement stables[5] de l'individu. Au cours du XXème siècle, plusieurs théories quant à la structure de ces traits ont été proposées. Parmi les premières, figure celle de Cattell (1950, 1965) défendant l'existence de 16 traits de base. Cependant les études ultérieures ne sont pas parvenues à répliquer cette structure (Eysenck *et al.,* 1969 ; Eysenck et Eysenck, 1985). Eysenck (1947) propose alors de classer les traits de façon hiérarchique. Le niveau le plus faible regroupe les réponses spécifiques de l'individu aux situations qu'il rencontre, le second niveau est composé de traits reflétant des tendances générales de fonctionnement, et le niveau le plus fort définit des traits fondamentaux, des types de personnalité combinant les traits de second ordre. En particulier, trois dimensions basiques ont été identifiées par cet auteur : l'extraversion (E), le névrosisme (N) et le psychosisme (P). Par la suite, un autre modèle à trois facteurs et onze facettes a été proposé par Tellegen (1985). L'auteur distingue l'émotivité positive, l'émotivité négative et la contrainte. Notons cependant que l'émotivité positive fut ensuite scindée en deux dimensions (forme '*agentic*' et '*communal*'), résultant en un *Big Four* (Patrick *et al.,* 2002 ; Tellegen et Waller, 2008).

Ces modèles n'ont cependant pas satisfait nombre de chercheurs, estimant qu'ils contenaient trop ou pas assez de facteurs fondamentaux (Zuckerman, 2011). C'est pourquoi s'est développé en parallèle un modèle restant à ce jour encore le plus accepté par les chercheurs de ce champ, à savoir le Modèle des Cinq Facteurs (*Five-Factor Model*, FFM). Là encore cependant, les auteurs ne nomment pas toujours ces dimensions de la même manière (Costa et McCrae, 1992 ; Goldberg, 1990 ; Zukerman *et al*., 1993). Mais comme le souligne Block (1995) lorsqu'il évoque le phénomène « *jingle-jangle* », il n'est

[4] De plus en plus, les auteurs s'accordent à effacer cette distinction, considérant que ces termes sous-tendent tous deux des influences biologiques, génétiques, et revêtent une relative stabilité temporelle (Klein *et al*., 2010).

[5] Là encore cependant, Klein *et al*. (2010) rapportent que la personnalité est de plus en plus considérée comme un construit dynamique, susceptible de changer au cours de la vie (Fraley et Roberts, 2005).

pas rare que les mêmes noms recouvrent des traits différents, et des noms différents des traits similaires. L'encadré 2 expose les cinq traits fondamentaux assortis de leurs facettes, proposés par Costa et McCrae (1992) dans la théorie du *Big Five*.

Encadré 2. Classification des traits fondamentaux et de leurs composantes, dans le modèle du *Big Five* (Costa et McCrae, 1992 ; Extrait de Zuckerman, 2011, p. 52-53)

- Névrosisme (N) : anxiété, colère-hostilité, dépression, conscience de soi, impulsivité, vulnérabilité,
- Extraversion (E) : chaleur, grégarisme-sociabilité, affirmation, activité, excitabilité, émotions positives,
- Ouverture (O) : fantaisie, esthétique, sentiments, actions, idées, valeurs,
- Agréabilité (A) : confiance, honnêteté, altruisme, conciliant, modestie, réflexion,
- Conscience (C) : compétence, ordre, consciencieux, poursuite de la réussite, autodiscipline, réflexion.

Classiquement donc, deux types de modèles ont été développés. Le modèle à trois facteurs incluant l'émotivité positive (PE), l'émotivité négative (PN) et la contrainte *vs* désinhibition (D), reste aujourd'hui encore très défendu (Clark et Watson, 1999 ; Markon *et al.,* 2005) et constitue un compétiteur important du modèle à cinq facteurs. Notons cependant que ces deux ensembles présentent des recouvrements. Comme l'illustre la figure 2, le névrosisme et l'extraversion correspondraient respectivement à l'émotivité négative et à l'émotivité positive (Clark et Watson, 1999 ; Markon *et al.,* 2005). Des fortes corrélations de l'ordre de .83 (N x PN) et .78 (E x PE) ont en effet été rapportées (Clark et Watson, 1999). La dimension de désinhibition s'avère plus indépendante du *Big Five* puisque la moitié de sa variance seulement est expliquée par ses associations à la conscience et à l'agréabilité (-.54 et -.50 respectivement ; Clark et Watson, 1999). Enfin, l'ouverture ne présente quasiment aucun recouvrement avec le *Big Five* (Markon *et al.,* 2005).

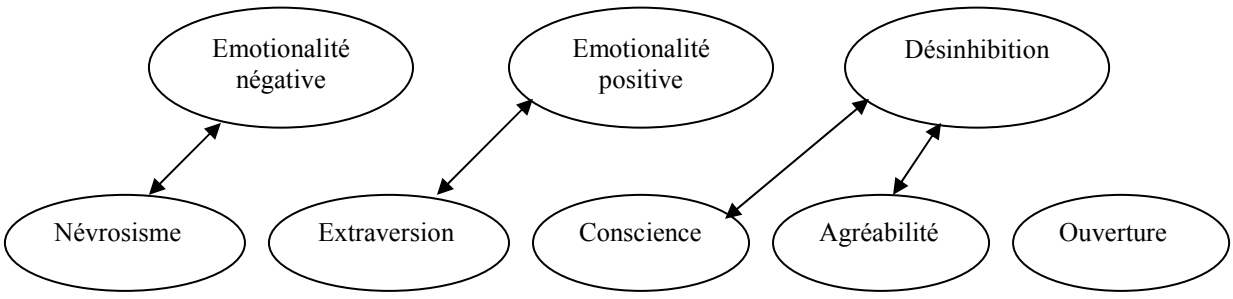


Figure 2. Correspondance entre les cinq traits du *Big Five* et les trois dimensions proposées ultérieurement

2.2.2.2. Incidence de la personnalité dans la dépression

La méta-analyse récemment conduite par Kotov *et al*. (2010) met en avant une association de l'humeur dépressive positive avec le névrosisme d'une part, et négative avec l'extraversion et la conscience d'autre part. Le tableau 1 (page suivante) résume les tendances les plus consistantes rapportées par les auteurs. Cette association est présente dans le trouble dépressif majeur, mais parfois plus encore dans le trouble dysthymique. Comme le notent les auteurs, ce dernier pourrait correspondre à un trouble de la personnalité (Watson et Clark, 1995). Cette hypothèse semble en cohérence avec les données issues des études génétiques, d'après lesquelles le trouble dysthymique ne subirait pas d'influences héritables (Lyons *et al*., 1998), contrairement au trouble dépressif majeur. Cependant la spécificité de ces dimensions de personnalité à la dépression n'est pas vérifiée. Les troubles anxieux présentent en effet des patterns d'association similaires avec ces mêmes dimensions. Ces relations s'avèrent même plus fortes qu'avec le trouble dépressif majeur. Cependant, comme le notent les auteurs (Klein *et al*., 2010), ces associations pourraient sous-tendre des liaisons plus spécifiques entre les facettes de ces dimensions et les troubles dépressifs et anxieux. Les études commencent en effet à rapporter des relations plus spécifiques aux facettes dans les dimensions N/NE et E/PE (Durbin *et al*., 2005 ; Naragon-Gainey *et al.,* 2009 ; Watson *et al*., 2006). Parmi les composantes du névrosisme, la facette "*self-harm*" par exemple apparait plus spécifique à la dépression qu'aux autres troubles (Watson *et al*., 2006). D'autres auteurs émettent également l'idée selon laquelle les effets de certains traits s'expliqueraient davantage par un rôle de modérateur. Cet effet modérateur de la relation entre le névrosisme et la dépression a par exemple été récemment suggéré pour l'extraversion (Olino *et al.,* 2010) et la conscience (Verstraeten *et al*., 2009).

Les modèles que nous venons de présenter décrivent des traits de personnalité supposés basiques. Cependant, d'autres dimensions de personnalité ont été proposées pour expliquer les comportements et les troubles de l'humeur. Notamment, l'estime de soi (Brown et Harris, 1978 ; Swann, 2007) a été décrite comme 'état' et comme 'trait'. L'estime de soi-trait correspond à la perception globale de soi, et s'avère être une dimension particulièrement importante pour comprendre la façon dont les individus s'ajustent face aux situations aversives. En particulier, et comme nous le verrons par la suite, son association négative avec l'humeur dépressive a largement été démontrée (Orth *et al*., 2008 ; Roberts *et al.,* 1996 ; Trzesniewski *et al.,* 2006). De la même manière, le style

attributionnel[6] (Abramson *et al.,* 1978 ; Abramson *et al.,* 1989) a été proposée comme variable d'ajustement. Le style attributionnel correspond à la manière habituelle dont les personnes expliquent l'origine des situations positives et négatives qu'elles rencontrent. Son association positive à l'humeur dépressive est également bien documentée (Hankin et Abramson, 2002 ; Sanjuan et Magallares, 2009 ; Sanjuan *et al*., 2008). Ces caractéristiques dispositionnelles ont généralement été proposées comme étant des dimensions stables du fonctionnement psychique. Nous aurons l'occasion d'y revenir en détail dans la suite de notre exposé.

Tableau 1. Un point sur les données empiriques portant sur les relations entre la personnalité et l'humeur dépressive (d'après la méta-analyse de Kotov *et al.,* 2010)

	N/NE	E/PE	C
Associé à l'humeur dépressive ?	oui (relation positive)	oui (relation négative)	oui (relation négative)
Affecté pendant l'épisode dépressif ?	modérément	non	--
Influence étiologique commune ?	oui (*i.e*. les gènes)	faible	--
Prédictif de l'émergence de l'épisode dépressif ?	oui	faible	--
Influence le cours de l'épisode dépressif ?	oui	oui	--
Augmente le risque de dépression face à des événements de vie aversifs ?	oui	oui	oui
Affecté après la rémission ?	oui	non	--

Notes. N/NE : névrosisme/émotivité négative ; E/PE : extraversion/émotivité positive ; C : conscience

2.2.3. Approches cognitives

2.2.3.1. Présentation générale

Afin d'expliquer l'ajustement psychologique et comportemental, les approches cognitives s'intéressent principalement au traitement de l'information des individus, à leur manière de percevoir le monde, de l'interpréter, d'intégrer ces informations dans un système de pensée préexistant puis de les utiliser. Ce traitement de l'information est rendu

[6] Initialement, les auteurs considèrent les attributions causales d'internalité, stabilité et globalité comme des caractéristiques cognitives de la diathèse-stress. Cependant, leur agglomérat en un score composite résulterait en un style explicatif relativement stable, comparable à une caractéristique de personnalité (Abramson *et al*., 1978).

possible par l'organisation en schémas, des connaissances que possède l'individu sur le monde et sur lui-même (Cottraux, 2004). Ces schémas se construisent au cours de son développement, se modèlent précocement notamment par le biais des interactions parentales, et sont stockés en mémoire à long-terme.

Dans cette perspective, la pathologie est considérée sous l'angle de perturbations des processus de traitement de l'information. En particulier, de nombreuses théories cognitives ont été élaborées afin d'expliquer le développement de l'humeur dépressive. On retrouve classiquement deux approches principales au sein de la littérature : la théorie cognitive de Beck (1967) et la théorie de l'impuissance acquise de Seligman et ses collègues (Abramson *et al.,* 1978). Beck (1967, 1987) par exemple, explique l'humeur dépressive par l'activation de schémas dépressogènes lors de situations stressantes congruentes. Ces schémas perturbent le traitement de l'information en biaisant la perception en faveur d'interprétations négatives portant sur soi, le monde et le futur (*i.e.* la triade cognitive ; Beck, 1987). Ces cognitions dépressives sont le fruit de distorsions cognitives, telle que l'inférence arbitraire consistant à tirer des conclusions hâtives et sans fondement. Les tenants de la théorie de l'impuissance acquise (Abramson *et al*., 1978) postulent quant à eux que les affects dépressifs résultent de l'interaction entre une situation aversive et la manière dont la personne explique cette situation. Des attributions causales internes, stables et globales constituent ce qu'ils appellent un style explicatif pessimiste, et rendent l'individu vulnérable au développement d'une humeur dépressive. Les approches cognitives occupant une grande partie de notre travail, nous ne nous attarderons donc pas à les développer et y reviendrons plus loin.

2.2.3.2. Universalité vs spécificité des cognitions dépressives

Les chercheurs de ce champ ont généralement circonscrit l'étude des cognitions dépressives à une forme spécifique de la dépression, notamment sa forme non-endogène, ou dite réactionnelle. D'autres ont nuancé cette idée en distinguant l'origine des dépressions de leurs caractéristiques. Beck (1987) par exemple suggère que les cognitions de la triade cognitive soient constitutives du syndrome dépressif en général.

Certaines études ont confirmé l'hypothèse de spécificité de certains types de cognitions (Zimmerman et Coryell, 1986 ; Zimmerman *et al.,* 1986). Robins *et al.* (1990) par exemple, montrent en effet que les personnes qui souffrent d'une dépression non-endogène présentent davantage d'attitudes dysfonctionnelles que les personnes qui souffrent d'une dépression de type mélancolique. Cependant, d'autres études suggèrent au

contraire que les cognitions dépressives caractérisent toutes les formes de dépression. Cette universalité des cognitions a été démontrée aussi bien entre les dépressions uni-et-bipolaires (Hollon *et al.,* 1986), qu'entre les formes endogènes et non endogènes-réactionnelles (Eaves et Rush, 1984 ; Norman *et al.,* 1987 ; Norman *et al*., 1988) ou encore entre les formes primaires et associées à un autre trouble (Hollon *et al*., 1986 ; Ross *et al*., 1986). Rose *et al*. (1994) par exemple, comparent un groupe contrôle de sujets sains à des groupes hétérogènes de personnes en dépression : dépression majeure épisodique, dépression majeure associée à un trouble de la personnalité (borderline ou schizotypique), dépression majeure associée à une psychose, dépression majeure associée à la consommation de substances, trouble dysthymique, trouble bipolaire en phase dépressive et trouble bipolaire en phase maniaque. Tous les groupes qui souffrent de dépression présentent de manière significative davantage de cognitions dépressives (attributions causales et attitudes dysfonctionnelles) que les personnes bipolaires en phase maniaque ou que le groupe contrôle, appuyant ainsi l'hypothèse d'universalité des cognitions dépressives au syndrome de dépression.

Enfin, certains auteurs ont étudié la spécificité de différentes cognitions à différentes formes de dépression. Deutscher et Cimbolic (1990), notamment, montrent que le style attributionnel pessimiste est associé à la dépression réactionnelle tandis que les attitudes dysfonctionnelles seraient spécifiques à la dépression endogène.

2.3. Vers une approche intégrative

À l'épreuve consistant à expliquer l'émergence des troubles dépressifs, plusieurs candidats sont en compétition : des facteurs génétiques, biologiques, et des facteurs psychologiques, psychodynamiques, cognitifs ou de personnalité. Chacune de ces approches met en avant des niveaux d'analyse différents ainsi que leurs potentialités respectives. Peut-on espérer voir naitre un jour une théorie unifiée ? Tous ces facteurs mis en avant semblent jouer un rôle dans l'émergence, l'évolution ou la récurrence des troubles dépressifs. Aussi, les opposer systématiquement semble être une stratégie désuète. Les réunir semble cependant aujourd'hui encore difficile. Au-delà de leurs divergences, leurs similitudes et/ou leurs convergences permettront peut-être progressivement d'apporter de plus amples réponses. Avec l'avancée des connaissances, se développent également de nouvelles techniques d'investigation. Comme le rapportent Lau et Eley (2010), les recherches intégratives deviennent ainsi de plus en plus fréquentes. En particulier, les auteurs

identifient trois types d'études. Les premières étudient l'expression génétique sur l'interaction entre l'individu et l'environnement. Les secondes investissent davantage les relations entre les profils génétiques et les processus de traitement de l'information. Enfin, les troisièmes s'intéressent à la manière dont l'environnement, les événements de vie précocement rencontrés, agissent sur l'expression génétique. Ces études ouvrent donc des perspectives quant à l'élaboration de modèles explicatifs intégratifs des différents facteurs de risque.

2.4. L'inégalité homme/femme : réalité ou artefact ?

Nous avons évoqué précédemment des données épidémiologiques issues du rapport *Anadep* de l'INPES (Chan Chee *et al*., 2009), ainsi que du Baromètre santé 2005 (Morvan *et al*., 2007). D'après ces études, les femmes seraient deux fois plus touchées par les différentes formes de troubles dépressifs que les hommes. Plus précisément, il semblerait que ces différences émergent entre 11 et 13 ans pour atteindre le ratio de deux pour un vers 15 ans (Cyranowski *et al.,* 2000). Ces différences s'atténueraient toutefois après 50-55 ans (Bebbington *et al.,* 1998). Comment expliquer un tel écart ? Au sein des disciplines psychologiques, plusieurs théories s'affrontent pour évoquer des facteurs psychologiques ou des facteurs sociaux associés à la dépression, et pour lesquels une prédominance féminine a été constatée. Comme nous allons le voir, certains ont également évoqué des artefacts méthodologiques. Dans leur récente revue de littérature, Boughton et Street (2007) exposent les idées principales de ces théories.

Boughton et Street (2007) rapportent trois grandes familles de facteurs psychologiques candidats à l'explication de ces écarts : les traits de personnalité, les vulnérabilités cognitives et les stratégies de coping préférentiellement utilisées. En premier lieu, les femmes présenteraient un concept de soi plus négatif (Sakamoto, 2000). Ce schéma de soi serait dépendant du contexte social, car davantage associé à l'apparence physique (Ben Hamida *et al.,* 1998) et au réseau relationnel (Seidlitz et Diener, 1998). Ce constat rejoint celui de Blatt et Maroudas (1992) selon lesquels les femmes seraient davantage dépendantes de leurs relations à autrui. Dès lors, un conflit relationnel par exemple, sera vécu différemment par les hommes et les femmes, les dernières en étant davantage affectées et susceptibles de connaitre des affects dépressifs. Autres candidats évoqués, le névrosisme, dont la prévalence serait également plus féminine (Parker et Brotchie, 2004 ; Widiger et Anderson, 2003), de même que le trait de masculinité/féminité (Allgood-Merton *et al.,* 1990). Ce dernier caractérise le type de rôle, féminin ou masculin,

majoritairement endossé par la personne, les traits féminins étant davantage associés aux symptômes dépressifs. Les femmes seraient par ailleurs plus vulnérable au sentiment d'impuissance et présenteraient un style attributionnel plus pessimiste (Nolen-Hoeksema, 1987 ; Seligman, 1990). Cette tendance à percevoir les événements comme étant moins contrôlables est susceptible d'expliquer les stratégies de coping jugées moins efficaces qu'elles semblent apparemment privilégier. Boughton et Street (2007) rapportent en effet une tendance accrue à la rumination (Nolen-Hoeksema *et al.,* 1993) et une orientation plus spontanée vers des stratégies centrées sur l'émotion (Hanninen et Aro, 1996). Enfin, il semblerait que l'évitement cognitif tel que le recours au déni soit associé à la dépression chez les femmes mais pas chez les hommes (Blalock et Joiner, 2000).

Aux côtés de ces facteurs psychologiques, certains ont mis l'accent sur des facteurs contextuels, notamment sociaux. Comme nous l'avons évoqué précédemment, les femmes présenteraient une sensibilité accrue aux informations relatives aux relations sociales. Par exemple, une association plus importante a été observée chez les femmes, entre des relations parentales carencées et le développement ultérieur d'affects dépressifs (Cummings *et al.,* 2001). En outre, leur implication accrue dans les relations sociales les rendrait plus sensibles et affectées par les conflits interpersonnels (Seidlitz et Diener, 1998). De même, la perception d'un support social semble constituer un facteur de protection pour les femmes, que le contexte soit aversif ou non (Barnett et Gotlib, 1990). Autrement dit, l'absence de support social perçu les rend vulnérables aux affects dépressifs. Certains auteurs ont également évoqué une tendance féminine accrue à écouter, soutenir et prendre soin des autres. Cette tendance aurait deux potentielles conséquences pour les femmes : d'être affectées par les événements de vie difficiles des autres (Kessler et McLeod, 1984), mais également de taire leurs propres désirs et sentiments aux bénéfices de ceux d'autrui (Jack, 1991). La pression sociale et culturelle pourrait aussi favoriser l'écart observé entre les hommes et les femmes. Notamment, les rôles sociaux distribués à ces dernières pourraient les désavantager *via* par exemple, la dévalorisation d'être une femme au foyer, le jonglage que peuvent demander les tâches domestiques et professionnelles ou encore la discrimination sexuelle en vigueur dans les sociétés patriarcales (Greenglass, 1985 ; Schwartz, 1991). Enfin, certains suggèrent que les femmes puissent connaitre certains événements de vie négatifs plus fréquemment que les hommes, tels que les abus sexuels durant l'enfance (Nolen-Hoeksema et Girgus, 1994).

Enfin, certains auteurs suggèrent que ces écarts entre les hommes et les femmes soient en fait un artefact (Loewenthal *et al.,* 1995 ; Sprock et Yoder, 1997). Notamment, un

biais résulterait de la mesure de la dépression. En particulier, les outils communément utilisés tel que le *Beck Depression Inventory* (Beck *et al*., 1979) surévaluerait les symptômes dépressifs féminins et dévaluerait les symptômes masculins absents des questionnaires, tels que l'excès d'alcool par exemple (Wilhelm et Parker, 1994). Certains imputent également cet écart entre les sexes, à une comorbidité accrue chez les femmes de certains troubles favorisant l'affectivité dépressive, comme l'anxiété, les troubles du comportement alimentaire, ou encore la personnalité borderline (Ochoa *et al*., 1992). Enfin, la grande capacité féminine à reconnaitre, nommer et rapporter la symptomatologie dépressive, pourrait expliquer qu'elles soient davantage diagnostiquée que les hommes (Yoder *et al*., 1990 ; Sprock et Yoder, 1997).

De nombreuses hypothèses ont été formulées pour expliquer la vulnérabilité dépressive accrue des femmes. Boughton et Street (2007) rappellent cependant que les concepts invoqués conservent un statut hypothétique, et que l'étude de leur interaction pourrait certainement apporter à l'avenir un éclairage plus complet et plus consistant.

3. CONCLUSION

Peut-on encore parler de "la" dépression ? Il semble aujourd'hui admis qu'il existe plusieurs formes de troubles dépressifs : trouble subsyndromique, trouble dysthymique, trouble caractérisé léger, modéré, sévère, avec ou sans symptômes psychotiques, avec ou sans symptômes mélancoliques, etc. Cependant la question de leur nature respective reste entière. Les données empiriques actuellement disponibles ne permettent pas d'affirmer qu'il s'agit de catégories distinctes ou bien du continuum de sévérité d'un syndrome dépressif unique. Pourtant, cette question est déterminante, tant au niveau de leur diagnostic, qu'au niveau de leur étiologie et donc, des stratégies de prévention et de prise en charge possibles.

Malgré ces zones d'ombre subsistantes, une tendance se dessine progressivement en faveur d'une conception dimensionnelle du syndrome dépressif, pour ce qui concerne en tout cas les formes les moins sévères des troubles. Aussi, notre travail s'inscrit dans ce type d'hypothèse. Il ne portera pas sur des formes dépressives spécifiques, mais davantage sur la variabilité intra-et-inter-individuelle de l'humeur dépressive[7]. En particulier, nous nous proposons de l'étudier sous l'angle de plusieurs variables psychologiques, la

[7] Toutefois, pour des raisons pratiques, nous emploierons indistinctement les termes de dépression et d'humeur dépressive au cours de notre exposé.

vulnérabilité cognitive d'une part, et des dimensions jugées plus stables de la personnalité d'autre part. Comme nous le verrons, si les concepts qui vont être abordés ont largement été mis en relation avec l'affectivité négative, des questions subsistent là encore, notamment quant à leur statut d'antécédents ou de conséquences du vécu dépressif.

CHAPITRE II : L'HUMEUR DEPRESSIVE SOUS L'ANGLE DES COGNITIONS SPECIFIQUES

Le modèle transactionnel du stress développé par Lazarus et Folkman (1984) propose une explication de l'ajustement des individus, en faisant intervenir des processus spécifiques dans une situation particulière, c'est-à-dire des transactions. Selon ces auteurs, la prise en compte des variables relatives à la personne (traits de personnalité, croyances personnelles, etc.) et à la situation (caractéristiques objectives, réseaux sociaux, etc.), ne suffit pas à expliquer l'ajustement à une situation aversive. Ils suggèrent que les transactions entre la personne et l'environnement sont des variables clefs. Ces transactions comportent plusieurs phases, à savoir une phase d'évaluation suivie d'une phase d'ajustement. La phase d'évaluation consiste en premier lieu à évaluer la situation (évaluation primaire), c'est-à-dire sa nature, sa signification, sa gravité, etc., puis en second lieu, à examiner les ressources personnelles disponibles pour faire face à cette situation (évaluation secondaire). Ces perceptions déterminent ensuite les stratégies de coping déployées pendant la phase d'ajustement. Au cours de notre travail, nous nous sommes demandés quelles étaient ces transactions, et en particulier celles qui entraient en jeu dans le développement de l'humeur dépressive. Plusieurs cognitions spécifiques ont été identifiées, dont différentes attributions.

Comme le souligne Ferguson *et al.* (1994, p. 426), « *attributions are regarded as being context specific and are, for example, related to specific types of events (Weiner, 1985), problems (Bandura, 1977) or behaviours (Seligman, 1975)* ». Les attributions correspondent à des cognitions produites dans des situations spécifiques. Ces cognitions sont relatives à la situation elle-même, ou à ses propres ressources perçues dans une situation donnée. En ce sens, elles peuvent être considérées comme des processus transactionnels. Les cognitions relatives aux causes des situations rencontrées font partie du traitement de l'information. Comme nous allons le voir, d'autres cognitions ont été identifiées comme étant des interfaces entre l'individu et son environnement. C'est le cas par exemple des cognitions relatives aux conséquences de ces mêmes situations ou encore à leur reproductibilité dans le futur (Abramson *et al.,* 1989 ; Beck, 1987 ; Brickman *et al*., 1982). Leur présence accrue dans l'humeur dépressive a généré des théorisations de leur fonctionnement, ainsi que de nombreuses études empiriques que nous allons à présent rapporter.

1. LES COGNITIONS DANS L'HUMEUR DEPRESSIVE : NATURE D'UN DEBAT

Bien que la majorité des théories que nous allons aborder proposent que les cognitions constituent des facteurs de vulnérabilité jouant un rôle dans l'émergence et/ou le maintien de l'humeur dépressive, nous souhaiterions rappeler que cette question fait toujours l'objet d'un débat. Comme le rappelle récemment Zuckerman (2011, p. 167), « *the question is whether cognition is part of the diathesis of depression or is an epiphenomenon of the mood disorder itself* ». Comme dans les autres paradigmes de la psychologie, les chercheurs de ce champ ont cherché à déterminer le rôle exact des cognitions dans l'humeur dépressive. Car si l'ensemble des chercheurs s'accordent généralement sur l'existence de certaines cognitions dépressogènes, la triade cognitive par exemple (Beck, 1987), la nature de leur action reste incertaine. La conceptualisation des variables cognitives comme facteurs de vulnérabilité s'inscrit dans une perspective diathèse-stress. Il est supposé que ces facteurs soient stables, mais pas forcément accessibles. En ce sens, les schémas cognitifs négatifs sont latents et activables lors de situations stressantes. Les personnes présentant ces schémas négatifs sont donc plus vulnérables au développement d'affects négatifs, à leur maintien et à leur récurrence (Beck, 1967). Segal et Ingram (1994) expliquent l'activation des schémas par deux moyens. Le premier, également mis en avant par Beck (*op. cit.*), correspond à l'activation directe d'un schéma par l'occurrence d'une situation particulièrement congruente avec le contenu de ce schéma. Le second reflète une activation indirecte dans laquelle le schéma dépressogène est activé par sa relation proximale à un autre schéma lui-même directement activé. Comme le rappellent Scher *et al.* (2005), l'activation d'un schéma, c'est-à-dire son action sur le traitement de l'information, nécessite toutefois l'atteinte d'un seuil critique (Bower, 1981 ; Ingram, 1984).

Dans leur récente revue de littérature, Scher *et al.* (*op. cit.*) examinent les différentes stratégies méthodologiques adoptées pour évaluer ces hypothèses de vulnérabilité et de réactivité cognitives. Ces stratégies consistent généralement à étudier l'interaction entre la diathèse et le stress en opérationnalisant ce dernier par le biais d'induction expérimentale de l'humeur (par exemple le visionnage d'un film) ou en observant son occurrence naturelle *via* les événements de vie. La diathèse correspond au schéma dépressif latent. N'étant pas directement observable, les chercheurs le contrôlent par exemple en incluant des groupes de personnes en dépression ou en rémission supposés présenter ce schéma. Le résultat de cette interaction diathèse-stress est évalué par

l'intermédiaire des produits cognitifs (*i.e.* attitudes dysfonctionnelles, pensées automatiques) ou des processus cognitifs (attention, mémorisation, rappel, etc.).

Scher *et al.* (*op. cit*.) rapportent ainsi que les résultats issus de ces différents protocoles de recherches convergent et confirment généralement que la perturbation du traitement de l'information résulte de l'activation de schémas dépressogènes. Par exemple, des études utilisant le vécu antérieur de dépression comme indicateur de la présence de schéma latent, montrent une relation positive significative entre les cognitions dépressives et l'humeur dépressive (naturelle ou induite) chez les personnes vulnérables (*i.e*. ayant connues un épisode dépressif dans le passé), alors que cette relation est plus faible (Gemar *et al.,* 2001 ; Roberts et Kassel, 1996 ; Solomon *et al*., 1998), non significative (Miranda et Persons, 1988 ; Miranda *et al*., 1990), voire négative chez les sujets sans histoire dépressive (Miranda *et al*., 1998). Quelques études invalident toutefois ces hypothèses, ne mettant en évidence aucun lien entre ce vécu dépressif antérieur et la relation entre les cognitions et l'humeur (Brosse *et al*., 1999 ; Dykman, 1997). Selon Scher *et al.* (2005, p. 497) cependant, ces études restent suffisamment rares pour conclure :

> « *It seems reasonable to conclude that endorsement of dysfunctional attitudes (…) is associated with the experience of negative mood for vulnerable individuals and that this relationship is consistent with the predictions of cognitive models of depression* ».

Notons que des perturbations du traitement de l'information après l'induction expérimentale d'humeur, ont également été observées chez les personnes en rémission, comparées aux personnes sans dépression antérieure. Ces tendances ont notamment été mises en évidence lors de tâches de rappel (Gilboa et Gotlib, 1997 ; Timbremont et Braet, 2004) et d'attention (Ingram et Ritter, 2000 ; McCabe *et al.,* 2000).

Les données issues d'études longitudinales utilisant des événements de vie naturels offrent généralement des conclusions similaires. S'intéressant spécifiquement à l'admission à des examens, Brown *et al*. (1995), Joiner *et al.* (1999) ou encore Hankin *et al*. (2004) ont montré que les attitudes dysfonctionnelles interagissent avec l'écart entre les résultats attendus et obtenus, pour expliquer le développement d'affects dépressifs. D'autres études ont considéré des intervalles de temps plus grands, captant ainsi des événements de vie stressants variés. C'est le cas notamment de Kwon et Oei (1992) et Dykman et Johll (1998), dont les résultats suggèrent que les cognitions négatives

interagissent avec le vécu de stress pour prédire l'émergence de dépression ultérieure. Ces tendances n'ont cependant pas toujours été répliquées (Barnett et Gotlib, 1988, 1990).

Enfin, comme le soulignent Scher *et al.* (*op. cit*.), peu d'études ont investi l'effet des facteurs cognitifs de vulnérabilité sur les rechutes et la récurrence des épisodes dépressifs. L'étude de Segal *et al.* (1999) fait figure d'exception. Ces auteurs étudient la réactivité cognitive (*i.e*. ici les attitudes dysfonctionnelles) face à une tâche d'induction d'humeur, auprès de personnes en rémission. La force de la relation entre l'humeur et les cognitions leur permet de prédire dans 70% des cas les personnes rechutant ou non sur une période de quatre ans. Au regard de l'insuffisance de ce type d'étude, il convient donc de rester prudent quant au sens supposé des relations entre cognitions et humeur dépressive. La question de savoir si les cognitions provoquent des affects dépressifs ou si l'occurrence d'une humeur dépressive induit des cognitions dépressogènes nécessite la conduite de recherches spécifiques.

2. LES ATTRIBUTIONS CAUSALES DANS LA THEORIE DE L'IMPUISSANCE ACQUISE

2.1. Retour sur la naissance de la théorie de l'impuissance acquise

2.1.1. Les premières expérimentations

C'est dans la tradition béhavioriste du milieu des années 60 que débutèrent les études sur l'impuissance acquise, dans le laboratoire d'apprentissage de Solomon de l'Université de Pennsylvanie. A ce moment, l'objectif de leurs recherches était d'expliquer l'occurrence de l'apprentissage d'évitement. Les chercheurs avaient constaté que lors d'une procédure d'apprentissage classique dans laquelle un signal d'alerte (lumière) précède un stimulus aversif (choc électrique), une réponse de l'animal (sauter un obstacle) après l'événement aversif permet de le fuir, tandis qu'une réponse pendant le signal permet de l'éviter. Faisant appel aux principes de conditionnement, ils en ont déduit que le premier type de réponse, c'est-à-dire la fuite, était un comportement renforcé par le stimulus aversif. Mais peut-on dire pour autant que le second type de réponse, l'évitement, est renforcé par l'absence de stimulus aversif ? Cela revient à dire que l'animal 's'attend' à quelque chose de négatif qu'il cherche alors à prévenir. Il s'agit là d'une hypothèse plausible de nos jours, mais dans le contexte de l'époque, faire appel à des entités mentales pour expliquer le comportement animal était audacieux ! Solomon et ses étudiants cherchèrent alors à expliquer ce comportement par des hypothèses purement béhavioristes. L'une d'entre elles consiste à penser que l'animal fuit la peur associée au signal d'alerte, et non pas un stimulus attendu. Mais lors de leurs

expérimentations ils se heurtèrent à certaines difficultés : à plusieurs reprises, les animaux échouaient à éviter, et même à fuir les chocs électriques.

2.1.2. La rupture avec la tradition béhavioriste classique et l'hypothèse de l'impuissance acquise

Tandis que certains attribuaient ces résultats à des artefacts méthodologiques, d'autres commencèrent à entrevoir des hypothèses différentes. Notamment, deux étudiants, Seligman et Maier, cherchèrent à comprendre ce qui venait interférer avec l'apprentissage d'évitement et de fuite. Cette question les amena à mettre en place une série d'expérimentations.

Dès 1967, l'altération de l'apprentissage fut clairement mise en évidence : les animaux initialement exposés à une situation de chocs électriques incontrôlables présentaient des déficits d'apprentissage (Overmier et Seligman, 1967), tandis que ceux ayant expérimenté des chocs évitables semblaient immunisés à ce type de difficulté (Seligman et Maier, 1967). Inspirés d'idées nouvelles, les auteurs émirent progressivement l'hypothèse selon laquelle l'animal devait être sensible à la probabilité que l'événement aversif ait lieu, en fonction de sa réponse ou de son absence de réponse. Si les deux probabilités sont égales, alors l'animal apprend que ses actions et l'occurrence de stimuli aversifs sont indépendantes. Comme le montre la figure 3, l'impuissance ne résulte non plus simplement de l'exposition à une situation incontrôlable, mais de l'attente que celle-ci le sera. Les auteurs développèrent leur hypothèse en supposant que cet apprentissage, d'une part se généralise à d'autres situations en 'contaminant' les associations futures 'réponses-événements', et d'autre part, diminue la motivation de l'animal à fuir. C'est ce qu'ils nommèrent 'l'hypothèse de l'impuissance apprise' (Maier, Seligman et Solomon, 1969).

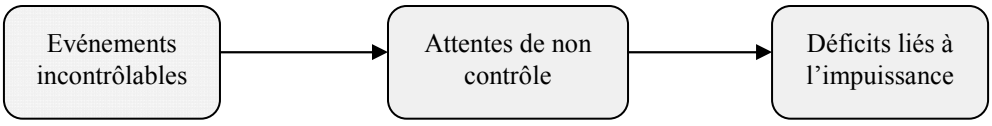


Figure 3. Séquence d'apprentissage initiale (Maier *et al*., 1969)

Malgré l'avancée et l'ouverture importantes qu'offre cette nouvelle hypothèse, de nombreuses zones d'ombre demeurent. Il reste en effet encore difficile d'expliquer comment l'occurrence d'événements incontrôlables interfère avec l'apprentissage de nouvelles réponses comportementales. En outre, d'autres déficits sont observés, parmi

lesquels une diminution des comportements d'agressivité et de l'appétit, une augmentation de la peur, ou encore des perturbations du comportement maternel, restant à cette période également sans explications satisfaisantes.

2.1.3. L'application à l'Homme et aux grands domaines d'adaptation de l'Homme

Pour autant les expériences se poursuivent, et s'étendent à l'être humain. Le phénomène de l'impuissance y est alors reproduit lors de protocoles analogues à ceux des animaux. Les participants sont par exemple initialement exposés à des bruits désagréables, évitables ou non, puis testés sur une tâche cognitive de résolution d'anagrammes. Les personnes ayant expérimenté la condition 'non évitable' montrent des déficits lors de la tâche cognitive (temps de résolution plus lent, nombre d'échecs plus important, affects négatifs). De manière générale, les nombreuses études réalisées auprès de multiples espèces (chiens, chats, rats, poissons et êtres humains) conduisent les chercheurs à identifier un ensemble de symptômes caractéristiques de l'impuissance :

- Des déficits motivationnels, c'est-à-dire une diminution de l'initiation de l'action et de la persévérance,
- Des déficits cognitifs, tels que l'incapacité à percevoir les possibilités de contrôle des événements,
- Enfin chez l'être humain, des déficits émotionnels, comme la tristesse ou la diminution de l'estime de soi.

Née de la tradition béhavioriste, la théorie de l'impuissance acquise ne se nourrissait pas encore de théories émergeant dans d'autres paradigmes, tel que celui de la psychologie sociale ou autres disciplines dites 'mentalistes'. Néanmoins, les porteurs de la théorie de l'impuissance acquise commencent à questionner le lien entre les manifestations du vécu d'impuissance, et certains problèmes d'adaptation tel que la dépression (Seligman, 1974, 1975). Là encore cependant, les chercheurs se heurtèrent à une variabilité des manifestations pour laquelle la théorie de l'impuissance n'apportait pas d'explications. Ils constataient en effet que les traductions de l'impuissance étaient tantôt chroniques, tantôt transitoires, qu'elles se généralisaient parfois à d'autres situations ou restaient circonscrites, ou encore qu'elles s'accompagnaient dans certains cas, d'une diminution significative de l'estime de soi. En dernier lieu, ils ne parvenaient pas à identifier et caractériser les individus particulièrement vulnérables aux déficits caractérisant l'impuissance.

2.2. La reformulation attributionnelle : de *learned helplessness* à *learned optimism*

2.2.1. L'introduction des dimensions attributionnelles

Pour donner un sens à ces variations, comprendre les différences individuelles, et pour tenter de préciser le mécanisme de formation des attentes, les auteurs proposèrent une révision de leur théorie (Abramson *et al.,* 1978). S'inspirant des avancées d'autres paradigmes, ils y intègrent alors un élément qui devient central : le concept 'd'attribution causale'. Ils partirent du postulat selon lequel, placés dans une situation d'impuissance, les gens cherchent nécessairement à y donner un sens, une explication. La cause évoquée déterminera un ensemble de caractéristiques de leur impuissance, reliant ainsi chaque dimension à la dépression par un mécanisme spécifique. Les auteurs identifient trois dimensions des attributions causales :

- **Leur permanence** (stable/instable) détermine la chronicité de l'impuissance. Contrairement à une attribution instable, une attribution stable produira des déficits durables. Cette dimension aurait un impact direct sur l'humeur dépressive.
- **Leur généralité** (globale/spécifique) détermine la restriction des déficits à la situation rencontrée ou leur généralisation à des situations nouvelles. Elle détermine donc le nombre de domaines dont l'impuissance s'empare. Cette dimension aurait également un effet direct sur l'humeur dépressive.
- **Leur personnalisation** (interne/externe) quant à elle, explique les déficits de l'estime de soi. Une attribution interne aura davantage tendance à les produire. Cette dimension influence donc la perception de soi. Selon les auteurs, cette dimension a un effet indirect sur l'humeur dépressive, médiatisé par l'estime de soi.

Cette attribution va se combiner aux caractéristiques de la situation (sa nature, sa contrôlabilité, son importance perçue), pour créer les 'attentes' futures de l'individu. Comme le montre la figure 4, les attentes sont formées par la combinaison d'une perception de non contingence et des explications causales de l'évènement. Ces attentes affectent à leur tour les comportements de la personne. La théorie de l'impuissance acquise se veut donc être un modèle 'diathèse – stress', en ce sens qu'elle prédit l'impuissance et la dépression, par l'interaction entre des événements de vie négatifs incontrôlables, et un style attributionnel pessimiste.

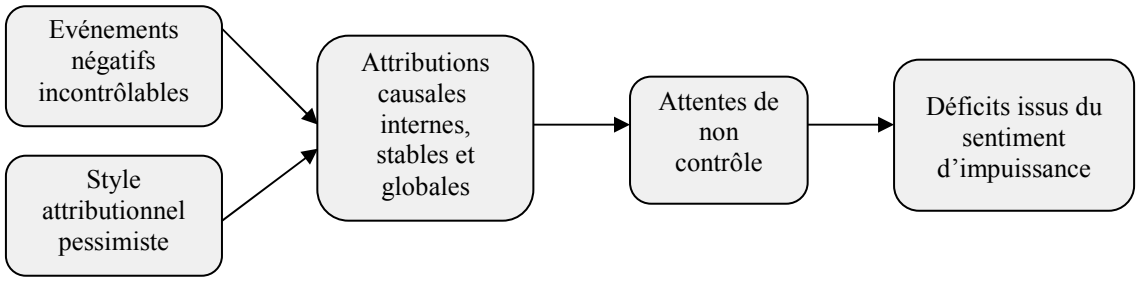


Figure 4. Séquence d'apprentissage révisée (Abramson *et al*., 1978)

2.2.2. La définition de styles explicatifs

Bien que les auteurs reconnaissent l'importance d'une « réalité objective » dans la formulation des explications des situations rencontrées, ils suggèrent cependant que les situations ambiguës soient propices aux projections individuelles de tendances explicatives habituelles, et notamment face à des situations aversives. Ces tendances constitueraient donc des différences individuelles, appelées 'styles explicatifs' (Peterson et Seligman, 1984). C'est ce qui leur permet d'avancer l'autre idée selon laquelle les sujets pourraient être qualifiés d'optimiste ou de pessimiste en fonction de leur tendance attributionnelle, puisque cette dernière détermine les attentes futures de contrôle des situations à venir.

Le tableau 2 présente ces tendances face à des situations aversives. Une personne présentant un style attributionnel transitoire, spécifique et externe face à un événement négatif, sera qualifiée d'optimiste. Au contraire, une personne expliquant généralement ces événements de manière durable, globale et interne, sera qualifiée de pessimiste. Face à des événements positifs en revanche, les explications internes, stables et globales seront jugées adaptatives et les attributions externes, instables et temporaires comme caractérisant un style pessimiste.

Tableau 2. Détermination du style explicatif optimiste ou pessimiste en fonction des attributions causales exprimées face à un événement négatif

	Optimiste	*Pessimiste*
Permanence	Transitoire	Durable
Généralisation	Spécifique	Globale
Personnalisation	Externe	Interne

La théorie attributionnelle est alors formalisée, et devient rapidement une théorie de référence dans la compréhension du phénomène complexe de dépression. Notons que pour les auteurs (Abramson *et al*., 1978 ; Peterson et Seligman, 1984), cette théorie se veut

explicative d'une forme spécifique de dépression, caractérisée par le sentiment d'impuissance. Ils considèrent en outre que le sentiment d'impuissance est une cause suffisante, mais non nécessaire au développement de symptômes dépressifs :

> « *According to the model, then, there exists a subset of depression – helplessness depressions – that is caused by expectation of response-outcome independence and displays the symptoms of passivity, negative cognitive set, and depressed affect.* » (Abramson *et al*., 1978, p. 64).

2.3. De *learned helplessness* à *learned hopelessness*

À la fin des années 80, Abramson *et al.* (1989) proposent une révision de la théorie de l'impuissance acquise et développent la théorie du désespoir (*Hopelessness theory*). Considérant que la précédente reformulation attributionnelle ne constituait pas une théorie suffisamment articulée de la dépression, les auteurs proposent que le désespoir soit une cause suffisante et plus proximale de la dépression que le sentiment d'impuissance. Le désespoir résulte de deux types d'attentes négatives : (1) les attentes futures d'événements négatifs redoutés et d'absence d'événements positifs fortement souhaités, et (2) l'impuissance personnelle anticipée, c'est-à-dire l'incapacité à pouvoir contrecarrer ce futur. Ainsi, le sentiment d'impuissance devient une composante du désespoir.

Qu'en est-il des attributions causales ? Les attributions sont considérées comme des facteurs susceptibles de contribuer au sentiment de désespoir, mais ne sont plus nécessairement suffisantes pour expliquer le développement du trouble dépressif. La contribution de l'attribution d'internalité dans l'humeur dépressive est cependant retirée au profit des attributions de globalité et de stabilité. En outre, Abramson *et al.* (1989) ajoutent à ces attributions d'autres dimensions jugées tout aussi importantes : les inférences portant sur les conséquences négatives anticipées et sur les caractéristiques du soi. La figure 5 présente ce modèle dans lequel le désespoir a un effet direct sur les symptômes de dépression. Un individu sera d'autant plus à risque de connaitre ce sentiment de désespoir face à des situations négatives (et non plus uniquement incontrôlables) s'il impute ces situations à des causes stables et globales, anticipe des conséquences négatives importantes et en ressort des informations négatives sur ses propres valeurs, sa personnalité, ses capacités etc. La probabilité d'émettre ce type d'inférences est renforcée par le style

cognitif de l'individu. Si ce style se caractérise par des tendances inférentielles négatives stables, il sera potentiellement dépressogène.

Parmi les symptômes dépressifs supposés par les tenants de la théorie de l'impuissance acquise (Abramson *et al.,* 1978), les auteurs ne retiennent que les symptômes motivationnels (retard de l'initiation de réponse volontaire) et les symptômes émotionnels (affects négatifs). Ils y ajoutent les pensées et le passage à l'acte suicidaire, la perte d'énergie, l'apathie, les perturbations du sommeil, les difficultés de concentration, ou encore l'exacerbation des pensées négatives. Ils évoquent également un risque de dépendance à autrui et de diminution de l'estime de soi, mais ne considèrent pas ces symptômes comme étant propres à la dépression caractérisée par le désespoir. Il est intéressant de noter que l'atteinte de l'estime de soi est susceptible de résulter non plus uniquement d'attributions internes, mais également d'attributions stables et globales. Seule la combinaison de ces attributions altère la perception de soi.

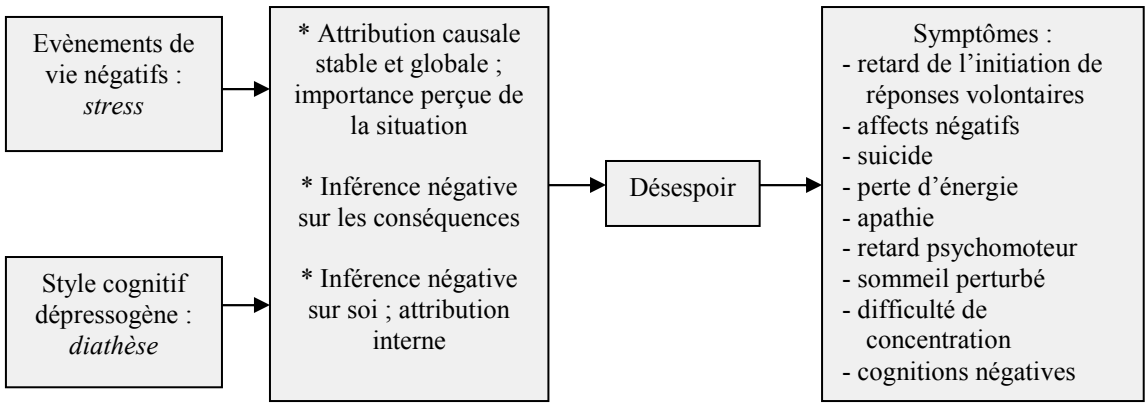


Figure 5. Séquence causale de la dépression de type désespoir (extrait de Abramson *et al.*, 1989, p. 360).

Enfin, Abramson *et al.* (1989) suggèrent que le sentiment de désespoir influence aussi bien l'émergence de l'épisode dépressif, que son maintien, sa rechute ou sa récurrence. En cas de disparition du sentiment de désespoir, les symptômes peuvent cependant être maintenus par d'autres facteurs psychologiques et/ou biologiques.

Cette révision a amené les chercheurs à tester les nouvelles hypothèses du modèle théorique. Cependant, beaucoup d'études ont continué à investir le style attributionnel et ses trois dimensions dans l'émergence des troubles dépressifs. Autrement dit, la continuité

entre les deux modèles ne semble pas toujours acquise, suggérant l'éventualité de deux entités théoriques distinctes.

2.4. L'évaluation du style attributionnel

Seligman et ses collègues ont développé l'*Attributional Style Questionnaire* (ASQ ; Seligman *et al*., 1979 ; Peterson *et al*., 1982), un outil de mesure auto rapporté permettant la mesure du style attributionnel des personnes. Sa forme initiale fournit une évaluation des explications pour 12 événements hypothétiques proposés (6 positifs et 6 négatifs). La moitié de ces sous-échelles est composée d'événements relatifs soit aux situations interpersonnelles, soit aux situations de réussite personnelle, dans l'objectif d'établir une certaine généralité inter-situationnelle. Il est demandé au participant d'attribuer une cause principale à chaque événement, et de l'évaluer ensuite à l'aide d'une échelle de type Likert en 7 points, sur chacune des dimensions d'internalité (1 = totalement dû aux autres ou aux circonstances, 7 = totalement dû à moi), de globalité (1 = influence juste cette situation, 7 = influence toutes les situations de ma vie) et de stabilité (1 = ne va jamais se reproduire, 7 = va toujours être présent). Le test donne lieu à trois scores composites, à savoir un score pour les 6 événements positifs (CoPos), un score pour les 6 événements négatifs (CoNeg), ainsi que le score total (CPCN : CoPos-CoNeg). Une recherche ultérieure (Peterson et Seligman, 1984) indique que les scores composites pour les 6 événements négatifs (CoNeg) ainsi que le score total (CPCN) sont les meilleurs prédicteurs des symptômes dépressifs.

L'étude de Peterson *et al.,* (1982) révèle que la consistance interne du questionnaire est confortée par un coefficient Alpha de Cronbach de .75 pour le score composite des événements positifs, et .72 pour le score composite des événements négatifs ($p < .05$). Néanmoins, les trois dimensions concernant le domaine de la réussite sont significativement corrélées à celles du domaine des relations sociales, interrogeant ainsi la fidélité de ces deux sous-échelles. Concernant les corrélations entre les dimensions causales, les trois dimensions mesurant les événements positifs sont fortement corrélées (de .38 à .62, $p < .05$), suggérant que le questionnaire les distingue mal. Il semble mieux discriminer les dimensions pour les événements négatifs (de .18 à .45, $p < .05$). Les auteurs suggèrent que les participants ne passent peut-être pas autant de temps à réfléchir aux causes des événements positifs, expliquant ainsi leur manque de discrimination. La stabilité de l'outil est relativement élevée selon les auteurs, offrant des corrélations

oscillant de .57 à .70 ($p < .001$). On notera également qu'aucune différence de sexe n'a été trouvée. Enfin, les analyses factorielles réalisées sur les réponses aux 6 événements négatifs confirment la structure à 3 facteurs du style attributionnel (Hewitt *et al*., 2004).

La comparaison des résultats relatifs à la nature des situations proposées, positives *vs* négatives, a amené les auteurs à élaborer d'autres formes du questionnaire, comme par exemple le questionnaire étendu des styles attributionnels (*Extended Attributional Style Questionnaire* ; Metalsky *et al.,* 1987) contenant 12 situations exclusivement négatives, dont les participants évaluent de la même façon la cause principale sur les dimensions attributionnelles d'internalité, de stabilité et de globalité.

Un questionnaire des styles cognitifs a également été développé pour tester les hypothèses de la théorie du désespoir (*Cognitive Style Questionnaire* ; Abramson et Metalsky, 1986). Notamment, il complète le questionnaire étendu des styles attributionnels (Metalsky *et al.,* 1987) en intégrant une évaluation des inférences relatives au soi et aux conséquences des situations. Pour chaque situation, il est demandé aux participants de répondre aux deux questions supplémentaires suivantes :

- « *How likely is it that the (negative event) will lead to other negative things happening to you?* » (conséquences)
- « *To what degree does the (negative event) mean that you are flawed in some way?* » (soi)

Ces items sont évalués sur la même échelle que les attributions allant de 1 à 7, un score élevé étant indicatif d'un style cognitif négatif. Le questionnaire permet donc l'évaluation de trois composantes, à savoir les attributions causales (un score de 'généralité' est obtenu en combinant les attributions de globalité et de stabilité), les inférences relatives au soi ainsi que les inférences relatives aux conséquences. Les études rapportent une consistance interne satisfaisante des échelles, les Alphas de Cronbach variant de .88 à .96 pour le score global et de .83 à .91 pour les trois composantes (Haeffel, Gibb *et al*., 2008 ; Metalsky *et al*., 1987 ; Metalsky *et al.,* 1993 ; Metalsky et Joiner, 1992 ; Needles et Abramson, 1990). Les composantes attributionnelles et cognitives sont fortement et positivement corrélées (de .45 à .75 ; Haeffel, Gibb *et al.,* 2008). Evaluée sur une période d'une année, la fidélité test-retest de l'outil est supportée par une corrélation de .80 (Alloy *et al.,* 2000). Enfin, l'étude de la structure factorielle du questionnaire suggère que les trois composantes de vulnérabilité saturent un même facteur (Hankin *et al.,* 2007).

2.5. Plus de 30 années de recherches empiriques

2.5.1. Des hypothèses généralement confirmées…

2.5.1.1. Les attributions causales et l'humeur dépressive

Les hypothèses de la théorie de l'impuissance acquise ont été confirmées dans de nombreuses études (Sanjuan et Magallares, 2008 ; Hankin *et al.,* 2001 ; Hankin et Abramson, 2002 ; Vasquez *et al.,* 2001 ; Alloy et Clements, 1998 ; Alloy *et al.,* 1997 ; Sweeney *et al.,* 1986 ; Peterson et Seligman, 1984). Dans leur méta-analyse de 104 études, Sweeney *et al*. (1986) montrent que de manière générale, les attributions d'internalité, stabilité et globalité formulées face à des événements négatifs sont positivement associées à la dépression. A l'inverse, les attributions externes, instables et spécifiques produites lors d'événements positifs permettent également l'explication de la dépression. Les auteurs relèvent néanmoins que l'effet des attributions est plus fort lorsqu'elles sont produites dans les situations aversives.

Récemment, Reed et Antonova (2007) ont proposé une étude expérimentale dans laquelle ils testent les prédictions de la théorie de l'impuissance acquise (Abramson *et al*., 1978). Leur objectif est de voir si une exposition à des stimuli incontrôlables résulte en des biais attentionnels. Ils placèrent 30 participants dans 3 conditions expérimentales : une exposition à une situation incontrôlable, une exposition à une situation contrôlable, et une situation contrôle sans exposition préalable. Comparés aux autres groupes, les participants placés dans la situation incontrôlable ont tendance à sous-estimer le degré de contrôle sur les tâches ultérieures. Il y a donc bien une interférence entre le vécu d'impuissance et la perception de contrôle ultérieure.

Les hypothèses de la théorie ont également été répliquées auprès de personnes souffrant de dépression clinique (Mongrain et Blackburn, 2005 ; Alloy *et al*., 2006). Par exemple, Mongrain et Blackburn (2005) montrent qu'un style attributionnel négatif est associé au nombre d'épisodes dépressifs déjà rencontrés, et prédit la rechute sur une période de 16 mois.

De manière générale, le style explicatif pessimiste est positivement associé à l'affectivité négative et négativement associé à l'affectivité positive et à la satisfaction de vie (Sanjuan *et al.,* 2008 ; Chang et Sanna, 2007 ; Ahrens et Haaga, 1993).

2.5.1.2. Les composantes cognitives et la dépression

Dans un article datant de 2008, Haeffel, Gibb *et al.* rapportent l'existence d'une trentaine d'études ayant intégré le questionnaire des styles cognitifs. Les résultats supportent généralement une forte association positive entre les composantes cognitives et l'humeur dépressive (Abela, 2002 ; Abela, Aydin et Auerbach, 2006 ; Benas et Gibb, 2008 ; Gibb *et al.,* 2003 ; Haeffel *et al.,* 2003). Abela, Aydin et Auerbach (2006) par exemple, montrent que les inférences négatives relatives à soi et aux conséquences sont positivement associées au score de dépression chez des personnes présentant un épisode dépressif majeur ainsi que chez les personnes ayant connu un épisode dépressif dans le passé. Un style cognitif négatif jouerait un rôle dans l'émergence d'un épisode dépressif ainsi que sa récurrence (Abramson *et al.,* 2002 ; Alloy *et al.,* 2006), mais également dans son évolution et sa durée (Iacoviello *et al.,* 2006). Alloy *et al*. (2006) par exemple, montrent que les personnes présentant un style cognitif négatif ont une probabilité plus importante de connaitre un épisode dépressif sur une période de 2,5 ans. Ce style négatif prédit l'occurrence d'un premier épisode, ainsi que sa récurrence.

La séquence causale proposée par la théorie du désespoir (Abramson *et al*., 1989) suggère que la relation entre les composantes attributionnelle et cognitives et les symptômes dépressifs est médiatisée par le sentiment de désespoir. Cette hypothèse a également été confirmée dans plusieurs études (Gibb *et al.,* 2001 ; Hong *et al.,* 2006 ; Metalsky et Joiner, 1992 ; Panzarella *et al*., 2006).

2.5.1.3. Le style cognitif à l'épreuve d'un modèle diathèse-stress

Plusieurs études s'intéressant spécifiquement au style attributionnel (Abramson *et al.,* 1978) suggèrent qu'un style pessimiste interagit avec le contexte environnemental pour expliquer la dépression (Sanjuan et Magallares, 2009 ; Vasquez *et al.,* 2001). Vasquez *et al.* (2001) ont cherché à répliquer l'idée selon laquelle un style explicatif pessimiste engendre des affects dépressifs face à des situations relatives à la réussite, lorsque ces situations sont jugées importantes pour la personne. Leurs résultats confirment effectivement ces prédictions. Sanjuan et Magallares (2009) ont testé l'effet d'interaction entre la perception de non contingence et le style explicatif négatif. Leurs résultats suggèrent que (1) un style explicatif pessimiste est associé à la dépression, (2) l'incontrôlabilité de la cause est associée à la dépression, (3) l'interaction entre le style négatif et l'incontrôlabilité explique la dépression.

Les études intégrant à la fois les composantes attributionnelles et cognitives du style cognitif tendent également à confirmer l'existence d'effets d'interaction. Notamment, les résultats montrent que le style cognitif interagit avec des événements de vie négatifs pour prédire l'humeur dépressive sur une journée (Hankin, Fraley et Abela, 2005) mais également sur des périodes allant de 5 jours à 2 ans (Gibb *et al.,* 2006 ; Haeffel *et al.,* 2007 ; Haeffel, Abramson *et al*., 2008 ; Hankin *et al.,* 2004 ; Metalsky et Joiner, 1992). En outre, Haeffel, Abramson *et al.* (2008) montrent que le style cognitif interagit avec le stress pour expliquer une diminution des comportements orientés vers un but. Les personnes qui présentent ce changement de comportement sont également celles qui présentent des plus hauts niveaux de symptômes dépressifs. Leurs résultats suggèrent enfin que la relation entre cette interaction et le changement de comportement est médiatisée par le sentiment de désespoir.

2.5.2. …mais cependant toujours controversées

2.5.2.1. Une relation à la dépression inconsistante

Bien que le style attributionnel pessimiste ait été mis assez souvent en relation avec l'humeur dépressive, certaines études rapportent cependant des résultats plus inconsistants. Coyne et Gotlib (1983) proposent une revue critique de différents biais cognitifs, et suggèrent que les prédictions de la théorie de l'impuissance acquise sont en réalité peu confirmées. Par exemple, plusieurs études ne parviennent pas à distinguer les sujets déprimés et non déprimés d'après leurs réponses aux échelles d'attributions causales (Burns et Seligman, 1989 ; Gotlib et Olson, 1983 ; Manly *et al.,* 1982 ; Miller *et al*., 1982 ; Zuroff, 1981 ; Rizley, 1978 ; Lewinsohn *et al*., 1981), ou rapportent de faibles corrélations entre l'ASQ et la dépression (Blaney *et al.,* 1980 ; Golin *et al.,* 1981).

Par ailleurs, plusieurs études longitudinales ne sont pas parvenues à répliquer certaines hypothèses relatives à la diathèse-stress (Follette et Jacobson, 1987 ; Ralph et Mineka, 1998 ; Swendsen, 1997). Swendsen (1997) par exemple, montre que le style attributionnel détermine le type d'attributions émises, mais n'explique pas l'humeur dépressive faisant suite à un événement aversif. Les résultats obtenus par Ralph et Mineka (1998) montrent par ailleurs que l'interaction entre le style attributionnel, l'estime de soi et l'obtention de résultats d'examen permet de prédire des symptômes de détresse généraux, mais pas les symptômes spécifiques à la dépression.

La question du statut d'antécédent du style attributionnel a également été remise en cause (Ball *et al.,* 2008 ; Johnson et Miller, 1990 ; Lo *et al*., 2010). Johnson et Miller (1990) par exemple, proposent une étude longitudinale dans laquelle ils montrent que le style attributionnel au temps 2 est expliqué par la dépression au temps 1, et non l'inverse. Lo *et al.* (2010) obtiennent des résultats plus nuancés et montrent que si un style attributionnel négatif peut favoriser l'émergence d'affects dépressifs, ces affects peuvent également renforcer ce style explicatif pessimiste. Notamment, les symptômes dépressifs médiatiseraient la relation entre la rumination et le style attributionnel.

Enfin, la relation entre le style explicatif et la dépression perd sa significativité lorsque d'autres variables sont prises en compte dans l'analyse, comme par exemple les attitudes dysfonctionnelles[8] (Beck, 1987). Spangler et Burns (1999) par exemple ont interrogé la similitude de ces concepts, et la part commune ou non de variance de la dépression qu'ils expliquent, dans un échantillon d'adultes présentant des symptômes dépressifs hétérogènes. Leurs résultats révèlent une structure bifactorielle, suggérant ainsi leur distinction. Cependant, leurs résultats ne soutiennent pas l'hypothèse selon laquelle les deux dimensions expliquent une part spécifique de la variance de la dépression. Notamment, lorsque l'impact des attitudes dysfonctionnelles est contrôlé, le style attributionnel n'entretient plus de relation significative avec l'humeur dépressive. Les auteurs en concluent que seule la variance que le style attributionnel partage avec les attitudes dysfonctionnelles est associée à la dépression. Ces résultats rejoignent ceux obtenus par Lewinsohn *et al*. (2001). La mise en parallèle par ces auteurs de ces deux dimensions révèle que seul les attitudes dysfonctionnelles interagissent avec les événements de vie négatifs pour prédire les affects dépressifs sur une année. Le rôle concomitant du style attributionnel et des pensées automatiques a également fait disparaitre la capacité du premier à dissocier des personnes présentant des symptômes dépressifs de celles qui n'en présentent pas (Ingram *et al.,* 1990).

2.5.2.2. L'étude des interactions avec la perception de non contingence reste rare

Parmi les critiques adressées à la théorie de l'impuissance acquise, certaines ont trait à un concept fondamental du modèle : l'incontrôlabilité perçue. Initialement, les hypothèses ont été formulées pour expliquer les déficits observés dans les situations incontrôlables. Cependant, peu d'études empiriques ont réellement investi cette perception d'incontrôlabilité. Par ailleurs, lorsque cette perception est prise en compte, les relations

[8] Ces dimensions seront présentées ultérieurement.

des attributions causales à l'humeur ne sont pas forcément répliquées (Anderson et Arnoult, 1995 ; Bruch et Belkin, 2001).

Anderson et Arnoult (1995) par exemple, mettent en compétition les attributions causales d'internalité, de stabilité et de globalité avec les attributions de contrôlabilité et d'intentionnalité de la cause. Les analyses de régression indiquent que seules les attributions d'internalité et de contrôlabilité de la cause ont un impact significatif sur la dépression. Bruch et Belkin (2001) montrent également que le contrôle de la cause est une dimension plus importante dans l'explication de la dépression, mais aux côtés de l'attribution de globalité.

2.5.3. Qu'en est-il des mécanismes supposés ?

Peu d'études ont testé les mécanismes reliant théoriquement les dimensions attributionnelles à l'humeur dépressive. En outre, l'interprétation de leurs résultats est parfois difficile du fait des changements théoriques apportés entre les modèles de l'impuissance (Abramson *et al*., 1978) et du désespoir (Abramson *et al.,* 1989). C'est notamment le cas de la relation entre les attributions causales et l'estime de soi. Tandis que le premier modèle suggère une association unique entre l'estime de soi et l'attribution d'internalité, le second l'associe aux trois dimensions causales. Notons également qu'initialement considérée comme médiateur de la relation à la dépression, l'estime de soi devient ensuite une manifestation de celle-ci. De manière générale, les études supportent l'association entre l'estime de soi et l'attribution causale d'internalité (Brewin et Furnham, 1986 ; Ickes et Layden, 1978 ; McFarland et Ross, 1982). Testant à l'époque les hypothèses initiales, Pillow *et al.* (1991) montrent que l'estime de soi est associée aux trois dimensions causales. Leurs résultats suggèrent en outre que l'estime de soi médiatise les relations entre les deux attributions causales d'internalité et de globalité, et l'humeur dépressive. Les études ultérieures portant spécifiquement sur la théorie du désespoir ont confirmé les associations entre les attributions de globalité et de stabilité (*via* leur score composite) et l'estime de soi (Abela, 2002 ; Metalsky *et al.,* 1993 ; Ralph et Mineka, 1998). En outre, certaines de ces études ont montré que le style attributionnel pessimiste interagit avec une faible estime de soi pour expliquer les symptômes dépressifs suivant un échec universitaire (Abela, 2002 ; Metalsky *et al.,* 1993).

De manière consistante avec les propositions initiales du modèle, l'attribution de globalité a effectivement été associée à la généralisation des déficits liés au sentiment

d'impuissance (Alloy *et al*., 1984 ; Pasahow, 1980). Peterson et Vaidya (2001) ont par ailleurs récemment confirmé que la relation entre les attributions causales de stabilité et de globalité et la dépression était médiatisée par les attentes futures.

D'autres mécanismes potentiels ont récemment été soulevés. Notamment, un style attributionnel interne, stable et globale face à des événements négatifs, a été mis en relation avec un faible sentiment d'auto-efficacité, sentiment qui médiatiserait leur relation à l'humeur dépressive (Hirschy et Morris, 2002 ; Muris *et al.,* 2001). Cependant le score composite combinant les trois attributions ayant été utilisé dans ces études, les résultats ne permettent pas d'observer les relations uniques entre chaque dimension et le sentiment d'auto-efficacité.

Enfin, les attributions auraient un impact sur l'ajustement psychologique par l'intermédiaire des stratégies de coping (Roesch et Weiner, 2001 ; Muris *et al.,* 2001). Roesch et Weiner (2001) ont en effet montré que les attributions internes, instables et contrôlables sont positivement associées à l'ajustement par leur impact sur les stratégies centrées sur l'émotion, tandis que les attributions stables et incontrôlables y sont négativement associées du fait de leur effet sur le recours à des stratégies de coping évitant. Ces résultats rejoignent ceux obtenus par Haeffel, Abramson *et al.* (2008), suggérant que le style cognitif interagit avec le stress pour expliquer une diminution des comportements orientés vers un but.

2.6. Conclusion

Née de la tradition béhavioriste, la théorie de l'impuissance acquise a beaucoup évolué depuis sa première formulation, s'enrichissant de concepts issus des théories cognitives. Notamment, son explication de l'humeur dépressive fait intervenir plusieurs cognitions émises face à des situations aversives : les attributions causales d'internalité, de stabilité et de globalité, l'anticipation de conséquences négatives de ces situations ainsi que les inférences négatives relatives au Soi. Cependant, le rôle exact de ces cognitions reste à notre sens incertain. C'est notamment le cas des attributions causales, dont la place et les effets ont changé au cours des différents remaniements théoriques. D'abord considérées comme premières dans l'explication de la dépression (Abramson *et al*., 1978), elles se sont ensuite vues relayées au second plan (Abramson *et al.,* 1989). Les études empiriques ne rapportent d'ailleurs pas toujours des résultats consistants quant à leur relation aux affects

dépressifs. Leur effet disparait même parfois face au pouvoir prédictif d'autres variables psychologiques. Pourtant, ces attributions semblent caractéristiques de l'état dépressif. Mais comment ? Les études offrent quelques pistes de compréhension de leurs mécanismes : elles contribueraient à nourrir des attentes futures négatives en termes de contrôle personnel et de probabilité d'événements négatifs, et affecteraient l'estime de soi générale. Comme nous allons le voir, d'autres cognitions ont été associées à ces mécanismes.

3. LA TRIADE COGNITIVE DANS LA THEORIE COGNITIVE DE BECK

Aaron Beck est à l'origine d'un modèle théorique de la dépression, de l'élaboration d'une psychothérapie cognitive toujours utilisée, ainsi que du développement de nombreux outils de mesure. Il dirigea un centre de thérapie cognitive à l'Université de Pennsylvanie. Puis il fonda en 1994 avec sa fille, le Dr Judith Beck, le *Beck Institute for cognitive therapy and research*[9] situé à la périphérie de Philadelphie.

3.1. Naissance de la théorie cognitive de Beck

3.1.1. A l'origine : un intérêt certain pour les théories analytiques

De la même manière que le développement scientifique de la théorie de l'impuissance acquise est remarquable, la naissance de la théorie de Beck (1967) mérite également d'être rapportée. Nous ne saurions dire si la mouvance de la révolution cognitive qui s'était amorcée à la fin des années 50 favorisait les initiatives cognitives, ou si cela nécessitait encore une certaine audace. Cela représentait en tous les cas une rupture à une tradition béhavioriste dont Beck lui-même a dû certainement encore connaitre les enseignements au cours de son cursus à l'université de médecine. Cependant, entre l'obtention de son diplôme en 1946 et le développement de sa théorie cognitive, sa pratique thérapeutique ainsi que ses recherches étaient davantage centrées sur les concepts psychanalytiques. Ce n'est seulement qu'après avoir 'échoué' à valider scientifiquement ces concepts qu'il amorça un virage radical.

Beck (2009) rapporte que peu de recherches empiriques et systématiques étaient conduites à cette époque pour évaluer les hypothèses issues des théories psychodynamiques. Cette lacune serait attribuable selon lui à deux raisons. D'une part, les

[9] http://www.beckinstitute.org/

symptômes spécifiques à la dépression n'étaient pas toujours délimités et recouvraient également d'autres troubles psychologiques. D'autre part, l'opérationnalisation de certains concepts analytiques s'avérait difficile en raison de leur caractère symbolique, 'caché'. Beck avait observé chez des patients en dépression certaines thématiques récurrentes dans le contenu de leurs rêves négatifs, notamment une tendance à l'auto-punition, des thèmes d'incompétence, de laideur ou encore de déception. S'appuyant sur la théorie Freudienne (Freud, 1917/1950) selon laquelle le rêve permet la réalisation de souhaits inconscients, Beck inféra de ces contenus un désir, un besoin de souffrir chez ces patients. Mais que recouvrait ce besoin de souffrir ? Beck se proposa de tester deux hypothèses alternatives : (1) soit ces rêves négatifs témoignaient d'un sentiment d'hostilité retourné contre soi (Freud, 1917/1950), (2) soit ces rêves reflétaient un besoin d'auto-punition, né d'un sentiment de culpabilité du fait d'avoir fait ou souhaité quelque chose d'incompatible avec les exigences du surmoi. Beck (1961) se proposa alors de mener des études empiriques visant à identifier les symptômes propres à la dépression, et à repérer des indices de ces motivations inconscientes. Il étudia pour cela le contenu des rêves de ses patients, mais se heurta à son tour à la difficulté de distinguer ces processus inconscients que sont les tendances à l'hostilité et à l'auto-punition. C'est cette difficulté dans l'opérationnalisation de certains concepts qui amena progressivement Beck à se tourner vers des aspects plus cognitifs de la dépression.

3.1.2. Amorçage d'un virage conceptuel

Il poursuivit en effet ses recherches en observant davantage les contenus « de surface » des rêves, et non plus leurs motivations sous-jacentes. Le focus se déplace des contenus inconscients aux contenus cognitifs observables. Il entreprend alors toute une série d'études en s'appuyant sur des analyses de contenu de rêves négatifs et d'associations libres émergeant au cours de séances de psychothérapie ou d'analyse, sur les réponses à divers tests (tests projectifs, questionnaires de négativité et de concept de soi), mais aussi sur les réponses obtenues grâce à des dispositifs expérimentaux. En comparant les réponses des patients en dépression à celles des patients sans dépression, il mit en évidence des relations significatives entre cette pathologie et certaines cognitions négatives (auto-dévalorisation, hostilité, perception d'être « défectueux », fréquence plus importance de rêves négatifs, rappel de souvenirs négatifs plus important, des attentes négatives envers le futur, etc.) ou encore certains événements de vie (perte de l'un ou des deux parents avant

l'âge de 16 ans). C'est sur la base de ces premiers constats qu'il poursuivit ses investigations et proposa un modèle explicatif de la dépression (Beck, 1967).

3.2. Développement d'un modèle explicatif de la dépression

Le modèle qu'il proposa reste aujourd'hui encore un modèle de référence dans le champ de la psychologie cognitive. S'appuyant sur ses études 'préliminaires', il continua à élaborer un inventaire de symptômes caractéristiques de la dépression, en repérant les symptômes semblant distinguer 50 de ses patients en dépression, de 31 patients non déprimés. Après avoir révisé l'inventaire, il le soumit à un échantillon de 966 patients auprès duquel il étudia la distribution de 21 symptômes. A l'issue de ses résultats, il formalisa sa théorie de la dépression dans un ouvrage publié en 1967.

Le modèle de Beck (1967, 2009) consiste à proposer une organisation et une explication des symptômes d'ordres cognitif, affectif, motivationnel et physique. Il défend l'idée de primauté des biais cognitifs, lesquels produiraient les troubles affectifs, motivationnels, et certains désordres physiques. Ces cognitions seraient automatiques et présentes dans tous les types de dépression, tant endogène que réactionnelle.

3.2.1. Hiérarchisation de la symptomatologie : l'hypothèse de primauté des cognitions

3.2.1.1. Les biais cognitifs

L'humeur dépressive se caractériserait par trois biais cognitifs, à savoir une perception négative de soi, de l'expérience (l'environnement) et du futur. C'est ce que Beck appelle la 'triade cognitive'. D'une part, la personne présente une tendance à s'auto-dévaloriser, à se sentir déficiente, indésirable. La bataille pour la survie de l'estime de soi semble perdue d'avance, la personne se sent incompétente, et tout 'pas de travers' est immédiatement attribué à sa supposée 'mauvaise personnalité'. En plus de se dénigrer, la personne en dépression a également tendance à se blâmer, à se reprocher cet état de fait. D'autre part, l'expérience est généralement interprétée en sa propre défaveur. Terrain privilégié de projections, la personne en dépression ne perçoit dans son environnement que contrariétés, privations ou encore humiliations. Le moindre imprévu plonge la personne dans l'échec, l'impuissance et le fatalisme. Les événements peuvent également être interprétés en terme de pertes (temps, argent, attention d'autrui), ne lui permettant jamais d'en sortir indemne. De même, les interactions sociales deviennent difficiles car elles l'exposent aux railleries, aux médisances et au rejet. L'expérience devient donc rarement

source de plaisir et porte davantage préjudice à son 'acteur'. Enfin, l'état dépressif se caractérise également par des attentes futures négatives. Le sombre vécu présent est anticipé dans l'avenir, sans possibilité d'améliorations, de changements positifs. La continuité temporelle de la douleur actuelle n'est pas remise en question et laisse présager de nouveaux échecs.

La triade cognitive regroupe donc un ensemble de pensées négatives automatiques, c'est-à-dire non intentionnelles et difficilement contrôlables par l'individu. Ces cognitions seraient spécifiques à l'humeur dépressive (Beck, 1976) et se retrouveraient dans l'ensemble des troubles dépressifs, c'est-à-dire aussi bien au cours d'un trouble majeur de la dépression que d'un trouble bipolaire, d'une dépression mélancolique ou encore d'une dépression secondaire, associée à un autre trouble majeur.

3.2.1.2. Les réponses affectives et motivationnelles

Beck (1964) propose que les troubles affectifs et motivationnels découlent des biais cognitifs précédemment décrit. La modification de l'humeur serait ainsi secondaire à l'interprétation. Il appuie cette idée à travers des revues de littérature (Beck, 1991, 2009) dans lesquelles il rapporte des études portant aussi bien sur une population clinique (Rush *et al*., 1977 ; Rush *et al.,* 1981 ; Rush *et al*., 1986) que générale (Alford *et al.,* 1995 ; Roseman & Evdokas, 2004). Par ailleurs, la modification des réponses motivationnelles découleraient elles aussi des cognitions (Beck, 2009). Si la personne se perçoit déficiente, qu'elle pense que ses actions conduiront à une absence de résultats ou à des résultats négatifs, ou encore qu'elle anticipe de rencontrer des situations négatives dans l'avenir, sa motivation à initier des actions spontanées va diminuer, et sa tendance à la fuite et à l'évitement se développer. Cela augmenterait également son besoin de dépendance à autrui et pourrait, dans les cas extrêmes, conduire la personne au passage à l'acte suicidaire. La façon dont le monde est pensé et anticipé détermine la façon dont on s'y adapte.

3.2.1.3. Réponses somatiques et végétatives

Bien que conscient de la grande difficulté à établir un lien de causalité entre les cognitions et les symptômes physiques, Beck (2009) a cependant envie de croire en la primauté de l'esprit sur le corps. Son effort concerne plus particulièrement les symptômes de ralentissement moteur, de fatigue et d'agitation. Il s'appuie essentiellement sur ses observations pour associer par exemple le ralentissement moteur à des cognitions pessimistes, de résignation passive faisant appel au 'mauvais sort'. L'agitation au contraire,

résulterait du refus de résignation des patients à accepter cette fatalité. En remaniant les cognitions, on modifie selon lui la tendance à l'inertie et la fatigue typique des états dépressifs. Néanmoins nous pouvons légitimement nous demander si l'amélioration des symptômes physiques résulte directement d'une modification des cognitions, des motivations ou des affects.

Si les biais cognitifs expliquent les autres symptômes, comment expliquer la survenue de ces cognitions ? Dans un article publié en 1991, Haaga *et al.* proposent une revue de littérature particulièrement intéressante sur la théorie cognitive de Beck. Ils expliquent que depuis ses premières formulations en 1963 et 1967, des améliorations théoriques ont été apportées et présentées par Beck, notamment en 1987. Ils expliquent qu'en outre, une mauvaise compréhension de la théorie de Beck circule au sein de la littérature scientifique, concernant notamment les aspects concomitants et causals dans sa théorie de la dépression. Beck évoque cette triade cognitive comme un aspect descriptif de la dépression, et la relie fonctionnellement à des schémas dépressifs qui sont l'élément causal selon lui.

3.2.2. Le fonctionnement cognitif : plusieurs niveaux d'analyse

3.2.2.1. Les schémas dépressifs

Les structures cognitives regroupent un ensemble d'informations stockées en mémoire à long terme et qui sont organisées en réseaux, formant ainsi un ensemble de schémas. Beck définit le schéma comme « *a structure for screening, coding, and evaluating the stimuli that impinge on the organism* » (2009, p. 255). Les schémas sont des construits hypothétiques, non palpables et non identifiables directement par le patient. Blackburn et Cottraux (2008) les identifient comme « l'unité de base de la cognition inconsciente » (p. 24). Ils regroupent un ensemble d'informations, et notamment les valeurs, les opinions, les attitudes envers soi et l'extérieur, qui sont structurées par l'expérience de la personne. Ces schémas servent au filtrage, au traitement et au stockage des informations émanant tant du sujet, que de son environnement. Beck se réfère au schéma comme un ensemble de croyances dysfonctionnelles qui seraient latentes, variables uniquement dans leur accessibilité et activables par l'occurrence de stresseurs particuliers. Haaga *et al.* (1991) expliquent qu'en amont de cette activation, elles ne seraient pas accessibles à la conscience et ainsi n'influenceraient pas directement les productions cognitives dépressives et les affects négatifs.

L'idée selon laquelle l'activation est fonction de stresseurs particuliers revêt une place importante et est mieux spécifiée dès 1983. Cet aspect confère une perspective 'diathèse-stress' au modèle de Beck. En effet, Beck suggère que l'activation se produit lorsque la personne rencontre une situation congruente avec ses schémas mais également avec son 'mode de personnalité'. Deux modes ont été identifiés : *sociotropy* et *autonomy*. Le mode *sociotropy* décrit une sensibilité de l'individu aux échanges interpersonnels, et le prédispose à des affects dépressifs lorsque des situations relatives à la perte de soutien social sont rencontrées. Le mode *autonomy* décrit une tendance de l'individu à mettre en place des stratégies de manière solitaire pour atteindre ses buts personnels, et le rend vulnérable à la dépression lorsque des situations d'échec personnel sont rencontrées. C'est la congruence entre certains aspects d'une situation et les modes de personnalité qui active un schéma donné. Différents schémas coexistent. Les personnes sont d'autant plus vulnérables à l'humeur dépressive qu'elles présentent des schémas dont le contenu négatif est représenté par une tendance à l'auto-critique, à l'auto-blâme, ainsi qu'à des attentes présentes et futures négatives. Ce n'est donc pas tant l'événement en lui-même qui provoque des affects dépressifs que l'interprétation qui en est faite. Ce type de schéma s'active au début de l'épisode dépressif, et envahit la perception du sujet au fur et à mesure que l'état s'intensifie. Segal et Ingram (1994) évoque également une activation indirecte de schémas pathogènes, du fait de leur association à d'autres schémas déjà activés. Dans une perspective d'organisation en réseaux, l'activation d'un schéma peut donc se propager à ceux auxquels ils sont fortement associés.

3.2.2.2. Les processus cognitifs

Les schémas se construisent et se maintiennent du fait d'opérations cognitives, de règles de transformation de l'information. Blackburn et Cottraux (2008) rapportent les processus d'assimilation et d'accommodation, ainsi que les heuristiques. Tandis que l'assimilation consiste à chercher l'information, en la filtrant ou en la transformant de sorte à ce qu'elle corresponde au schéma existant, le processus d'accommodation permet l'adaptation du schéma en le transformant et le rendant plus conforme à la réalité (Piaget, 1964). Bien que ces deux mécanismes se relayent dans la construction de l'individu, l'assimilation reste la plus couramment utilisée. Les heuristiques décrites par Tversky et Kahneman (1974) favorisent également le maintien des schémas en offrant, *via* des raccourcis de la pensée, la possibilité de traiter l'information rapidement et de manière économique. Trois types d'heuristiques ont été décrits. L'heuristique de représentativité

permet d'affilier une personne ou une situation à une catégorie spécifique dont les informations stockées seront généralisées à la nouvelle donnée. L'heuristique de disponibilité consiste à utiliser prioritairement les informations récemment activées pour traiter la nouvelle information. Enfin, l'heuristique d'ancrage implique la conservation des systèmes de croyance quelles que soient les informations susceptibles de contrecarrer les anciennes. D'après Blackburn et Cottraux (*op. cit.*), ces heuristiques participeraient au maintien des schémas « en court-circuitant les inférences logiques et la mise à l'épreuve des hypothèses » (p. 28). La pensée dépressive se caractériserait donc par des idées illogiques, irrationnelles, illustrées par la triade cognitive précédemment décrite. Comment ces opérations cognitives mènent à ces contenus dépressifs ?

3.2.2.3. Les distorsions cognitives

Les processus cognitifs produisent des contenus dépressogènes par l'intermédiaire des distorsions cognitives (ou erreurs logiques). Plusieurs distorsions ont été décrites et catégorisées par Beck au sein de trois catégories de processus : paralogiques, stylistiques et sémantiques :

- Parmi les processus paralogiques, l'*inférence arbitraire* correspond à une tendance fréquente à tirer des conclusions erronées des situations rencontrées, lorsque les caractéristiques de ces situations sont soit ambigües, laissant ainsi la place à la projection, soit contraires aux inférences effectuées. Ces inférences arbitraires ne permettent pas d'envisager des explications alternatives et de pondérer ses jugements. L'*abstraction sélective* concerne la perception et la mémorisation d'éléments spécifiques, de détails extraits de leur contexte et utilisés aux fins tyranniques des schémas. La personne ne retient d'un événement que ce seul détail autour duquel sera effectué son rappel. La *surgénéralisation* se rapproche des distorsions précédentes, en ce qu'elle implique de tirer des lois générales de situations isolées. La généralisation s'effectue dans le temps, ce qui arrive aujourd'hui présage de ce que sera l'avenir ; ainsi qu'à travers les situations, ce qui arrive dans une situation présage de ce qui arrivera dans d'autres situations même éloignées. La généralisation d'une erreur de comportement à l'ensemble de la personnalité du sujet en est un exemple.
- Parmi les processus stylistiques, la *maximalisation* consiste à amplifier les incidences et la signification d'échecs ou d'incidents impliquant la personne. Ces événements

sont dramatisés et perçus comme des catastrophes. Au contraire, la *minimalisation* implique la dévaluation de réussites ou d'événements positifs. Les capacités individuelles sont sous-estimées ou attribuées à des éléments extérieurs à la personne.

- Enfin, une distorsion sémantique que nous pourrions traduire par '*mauvais étiquetage*' (« *Inexact labeling »*) a été décrite. Elle rejoint la maximalisation en ce qu'elle correspond à un biais de perception visant à dramatiser un événement. Il peut s'agir par exemple d'un étudiant à qui un enseignant demande le silence, et qui évoque cette scène comme une humiliation publique par le professeur.
- Notons que Blackburn et Cottraux (*op. cit.*) évoquent également la distorsion de *personnalisation* (p. 29), faisant référence à la tendance de la personne dépressive à s'attribuer systématiquement la responsabilité des événements négatifs qu'elle rencontre.

Ces distorsions sont présentes à tous les degrés de dépression. Cependant, au fur et à mesure que le degré de sévérité de la dépression augmente, ces interprétations erronées deviennent plus systématiques et occultent les caractéristiques objectives des situations rencontrées. L'environnement est complètement 'assimilé' aux schémas, créant et maintenant une spirale dépressive devenant difficile à rompre.

En résumé, la dépression résulterait selon Beck de la rencontre entre un mode de personnalité, une situation congruente et des schémas dépressogènes. Ce processus caractériserait aussi bien le début d'un épisode dépressif que sa récurrence. Haaga *et al*. (1991) précisent que cette explication serait circonscrite par Beck (1983) à la dépression de type réactionnelle, c'est-à-dire unipolaire non endogène. Ils citent Beck (1987, p. 24) :

> « *The longitudinal cognitive model should probably be restricted to the so-called reactive depressions; that is, those that are brought about by socially relevant events. We would then postulate that although the negative cognitive processing is similar for all types of depression, the factors precipitating the various disorders vary widely* ».

3.3. De multiples outils de mesure

Au cours de ses travaux, Beck s'est attaché à la mesure des concepts phares de son modèle théorique. Comme nous allons le voir, d'autres auteurs ont élaboré des échelles évaluant les concepts de son modèle cognitif. Blackburn et Cottraux (2008) répertorient

ces différents outils en fonction de l'objet de leur mesure : les événements, les processus ou les schémas cognitifs.

3.3.1. Mesure de la dépression

Le *Beck Depression Inventory* (BDI) a été initialement introduit par Beck *et al.* en 1961, puis révisé une première fois (Beck *et al*., 1979). Une seconde révision a eu lieu plus récemment (Beck *et al*., 1996) afin de l'adapter aux critères diagnostiques actuels. Elle inclut par exemple l'augmentation du temps de sommeil et de l'appétit et non plus simplement leur diminution. Il présente l'avantage de ne pas sous-tendre une théorie particulière mais de balayer un ensemble de symptômes caractéristiques de la dépression. L'inventaire de ces symptômes a été élaboré à partir d'observations collectées auprès de patients en dépression. Au total, 21 symptômes d'ordre cognitif, affectif et somatique ont été répertoriés : tristesse, pessimisme, échecs dans le passé, perte de plaisir, sentiment de culpabilité, sentiment d'être puni, sentiments négatifs envers soi-même, attitude critique envers soi, pensées ou désirs de suicide, pleurs, agitation, perte d'intérêt, indécision, dévalorisation, perte d'énergie, modifications des habitudes de sommeil, irritabilité, modifications de l'appétit, difficulté à se concentrer, fatigue, perte d'intérêt pour le sexe. Chaque item est évalué sur une échelle de type Likert allant de 0 à 3. Le score total varie donc de 0 à 63 et permet de distinguer quatre catégories diagnostiques légèrement différentes dans la dernière version (les normes du BDI-II sont présentées entre parenthèse). Bouvard et Cottraux (2005) rapportent les notes seuil suivantes :

- absence de dépression 0-9 (0-11),
- dépression légère 10-18 (12-19),
- dépression modérée 19-29 (20-27),
- dépression sévère 30-63 (28-63).

Le BDI-II présente des propriétés psychométriques satisfaisantes (Beck *et al.,* 1996 ; Dozois *et al.,* 1998). Notamment, Dozois *et al*. (1998) rapportent une consistance interne élevée, l'échelle atteignant un coefficient alpha de Cronbach de .91 auprès d'une population étudiante. L'échelle du BDI-II est fortement corrélée avec celle du BDI (r = .93, p < .01), confirmant sa validité convergente. Enfin, sa structure factorielle suggère deux facteurs corrélés (r = .60, p < .01) : une dimension cognitive-affective (items 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 13, 14) et une dimension somatique-végétative (items 4, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21).

3.3.2. Mesure des événements cognitifs

Blackburn et Cottraux (2008) rapportent l'existence de 5 outils permettant la mesure de biais cognitifs caractéristiques de la dépression : l'échelle de désespoir (*Hopelessness Scale*, HS ; Beck *et al.,* 1974), le questionnaire des pensées automatiques (*Automatic Thoughts Questionnaire,* ATQ ; Hollon et Kendall, 1980), l'échelle d'intention suicidaire (*Suicidal Intent Scale, SIS* ; Beck *et al.,* 1973), l'inventaire des cognitions de Crandell (*Crandell Cognitions Inventory*, CCI ; Crandell et Chambless, 1986) et le test du style cognitif (*Cognitive Style Test*, CST ; Blackburn *et al.,* 1986). Nous ajoutons à cette liste l'inventaire des éléments de la triade cognitive (Cognitive Triad Inventory, CTI ; Beckham *et al.,* 1986). Le tableau 3 présente quelques caractéristiques de ces instruments de mesure.

Tableau 3. Questionnaires permettant l'évaluation des événements cognitifs

	HS	*ATQ*	*SIS*	*CCI*	*CST*	*CTI*
Objectif	Attentes futures négatives	Pensées négatives générales	Prédiction du risque suicidaire	Pensées négatives générales	Triade cognitive	Triade cognitive
Item	20	30	15	45 (dont 11 leurres)	30 scénarios	36 (dont 6 leurres)
Echelle	Vrai-faux	Likert en 5 points	Hétéro et auto-évaluation	Likert en 5 points	Likert en 4 points	Likert en 7 points
Version française	Oui (Cottraux *et al*., 1985)	Oui (Cottraux *et al*., 1985)	Oui (Misson *et al.,* 2010)	Pas à notre connais-sance	Pas à notre connais-sance	Pas à notre connais-sance

3.3.3. Mesure des processus et distorsions cognitives

Des outils ont également été proposés pour permettre d'évaluer les processus cognitifs en jeu dans l'expression des biais cognitifs (Blackburn et Cottraux, 2008) : le test de la réponse cognitive (*Cognitive Response Test* ; Watkins et Rush, 1983), le questionnaire du biais cognitif (*Cognitive Bias Questionnaire* ; Krantz et Hammen, 1979), la technique de la *«* grille-répertoire *»* (Kelly, 1955) ou encore la méthode des échantillons de pensées automatiques (Beck *et al*., 1979). Le tableau 4 présente quelques caractéristiques de ces instruments de mesure.

La grille-répertoire évalue la tendance à la constriction (rigidité des interprétations) et à la préemption (limitation des interprétations alternatives), tandis que la méthode des échantillons de pensées se focalise sur les distorsions de type abstraction sélective,

inférence arbitraire, surgénéralisation et amplification. Les études réalisées avec la méthode de la grille-répertoire révèlent que les caractéristiques présentes chez les dépressifs (constriction et préemption) ne s'expriment plus après rémission, suggérant qu'elles ne correspondent pas à des traits permanents. Ces résultats restent cependant difficiles à interpréter, car pouvant signifier que les distorsions deviennent latentes comme suggéré par Beck (1967).

Tableau 4. Questionnaires permettant l'évaluation des distorsions cognitives

	Test de la réponse cognitive	*Questionnaire du biais cognitif*
Objectif	Evaluation des erreurs logiques	Etudie un mécanisme
Item	36 scénarios	36 scénarios
Sous-échelle	Rationnelle ; irrationnelle-dépressive ; irrationnelle-autre ; inclassifiable	Dépressive/ non dépressive ; rationnelle/ irrationnelle
Propriétés psychométriques	Validité concurrente et prédictive établie sur une population clinique	Validité concurrente et prédictive établie sur une population estudiantine et clinique

3.3.4. Mesure des schémas cognitifs

Certains auteurs ont cherché à rendre identifiables les schémas dépressifs. Blackburn et Beck (2008) rapportent là encore plusieurs outils, dont l'échelle de sociotropie-autonomie (*Sociotropy-autonomy scale, SAS* ; Beck *et al*., 1983), l'échelle des attitudes dysfonctionnelles (*Dysfunctional Attitudes Scale, DAS* ; Weissman & Beck, 1978) et le questionnaire des expériences dépressives (*Depressive Experiences Questionnaire,* DEQ ; Blatt *et al.,* 1976, 1982). Le tableau 5 présente quelques caractéristiques de ces instruments de mesure.

Tableau 5. Questionnaires permettant l'évaluation des schémas cognitifs

	SAS	*DAS*	*DEQ*
Objectif	Evaluer les modes de personnalité de Beck	Attitudes négatives	Evaluer la dépendance sur les autres et la critique de soi
Item	60 (30 par mode)	40 (forme A)	66
Echelle	Temps en pourcentage	Likert en 7 points	Likert en 7 points
Version française	Oui (Husky *et al*., 2004)	Oui (Cottraux *et al.,* 1985)	Oui (Atger *et al*., 2003)

3.4. Plus de 40 années de recherches empiriques

Depuis les premières publications portant sur le modèle cognitif de Beck, de très nombreuses études ont été menées afin de tester plusieurs hypothèses issues du modèle. Il parait donc assez complexe de réaliser une revue de littérature exhaustive. Nous avons cependant concentré nos recherches sur certaines hypothèses, jugées davantage pertinentes dans le cadre du présent exposé. Ainsi, nous nous intéressons spécifiquement à certaines caractéristiques supposées des biais cognitifs. Comme exposé précédemment, Beck a proposé que les caractéristiques cognitives de la dépression présentent un contenu essentiellement négatif, comprenant nécessairement une vision négative de soi, du monde et du futur, qu'elles soient spécifiques à la dépression et se retrouvent dans toutes ses formes. Dans l'ensemble, les études semblent appuyer ces propositions.

3.4.1. Pertinence des thématiques de la triade cognitive

Une des idées fondamentales du modèle de Beck consiste à caractériser les cognitions dépressives par des contenus spécifiques : une perception négative de soi, une interprétation négative du monde environnant ainsi qu'une anticipation pessimiste du futur, ce que Beck appelle la triade cognitive de la dépression (Beck, 1987). Les études empiriques tendent effectivement à confirmer ces tendances. Comparées à un groupe contrôle, les personnes en dépression présentent une perception d'elles-mêmes plus négative (Segal *et al.,* 1988 ; Space et Cromwell, 1980), un plus fort pessimisme envers le futur (Blackburn *et al*., 1986), ainsi qu'une vision plus négative du monde (Blackburn *et al*., 1986).

Cependant, l'examen de la littérature nous a permis de constater que peu de recherches ont étudié ces trois aspects ensemble (Giles et Shaw, 1987). Aussi, certains auteurs ont interrogé la pertinence de distinguer trois contenus indépendants, en appelant à recourir à des inventaires plus spécifiques à la triade cognitive (Bebbington, 1985 ; Haaga *et al.,* 1991). Les résultats des études ayant suivi cet appel suggèrent effectivement une structure factorielle à un facteur (McIntosh et Fischer, 2000) correspondant à une perception négative de soi (*Self-Relevant Negative Attitude*). McIntosh et Fischer (2000) ont administré l'inventaire des éléments de la triade cognitive (*Cognitive Triad Inventory* ; Beckham *et al*., 1986) à 641 étudiants et ont procédé à une première analyse factorielle confirmatoire. Ne parvenant pas à répliquer la structure tripartite proposée par Beck (1987), ils ont ensuite conduit une analyse en composantes principales qui a fait émerger un facteur principal. McIntosh et Fischer concluent : « *Alternatively, it seems sufficient to*

postulate a general negative attitude towards the self, of which judgments about one's attributes (self), experiences (world), and prospects (future) are valid indicators » (p. 156). Haaga *et al*., (1991) expliquent en effet que les items proposés dans les questionnaires mesurant les aspects 'future' et 'monde' de la triade, ne sont pas une mesure exacte de ces concepts au sens large. En effet selon eux, les items portant sur le 'monde' se rapportent à l'environnement de la personne. De même, les items de l'élément 'futur' ont trait au futur de la personne. Autrement dit, la perception de la personne quant au 'monde' ou au 'futur' se rapporte essentiellement à sa perception d'elle-même dans son propre environnement et dans son propre avenir. Cela peut expliquer les fortes corrélations généralement observées entre les trois dimensions (Beckham *et al.,* 1986 ; Anderson et Skidmore, 1995).

3.4.2. Les attitudes dysfonctionnelles à l'œuvre dans l'humeur dépressive

Pour tester les hypothèses du modèle cognitif de Beck, les recherches ont plus souvent fait appel aux attitudes dysfonctionnelles supposées être à l'origine de la triade négative ainsi que des distorsions cognitives dans la dépression (Beck *et al.,* 1979). Ces attitudes dysfonctionnelles correspondent à des postulats, ou croyances, orientant le traitement de l'information, et dont le contenu négatif est caractérisé par des thèmes relatifs à soi, au monde et au futur.

De manière générale, l'endossement d'attitudes dysfonctionnelles a été associé au syndrome dépressif et à sa sévérité dans de nombreuses études (Cannon *et al.,* 1999 ; Clark et Beck, 1999 ; Overton *et al*., 2008 ; Mongrain et Blackburn, 2005 ; Scott *et al*., 1995 ; Talepasand *et al.,* 2010 ; Williams *et al.,* 1990). Une diminution des attitudes dysfonctionnelles a par ailleurs été observée à l'issue de thérapies cognitives de la dépression, de même qu'un changement dans les relations associant ces attitudes à la dépression (Beevers et Miller, 2005 ; Lewinsohn *et al.,* 1999 ; Teasdale *et al*., 2002). Beevers et Miller (2005) par exemple, montrent que les patients ayant bénéficié d'une thérapie cognitive présentent une plus faible association entre leur humeur dépressive et les cognitions dépressogènes. La thérapie cognitive contribuerait à leur faire prendre conscience de ces mécanismes et à leur apprendre à identifier et remanier leurs interprétations, de sorte à prévenir ce type de cognitions dépressogènes lors de situations aversives (Teasdale *et al*., 2002).

La nature de leur relation, et notamment le statut d'antécédent ou de cause des attitudes dysfonctionnelles, a été questionnée. Tandis que certaines études rapportent une élévation résiduelle des attitudes dysfonctionnelles après un épisode dépressif (Beevers et

Miller, 2004 ; Dobson et Shaw, 1986 ; Eaves et Rush, 1984 ; Farmer *et al.,* 2001 ; Zuroff *et al.,* 1999), d'autres appuient l'hypothèse de la vulnérabilité cognitive (Otto *et al*., 2007 ; Weich *et al.,* 2003). Otto *et al*. (2007) montrent que le niveau d'attitudes dysfonctionnelles prédit le nombre d'épisodes dépressifs ultérieurs sur une période de trois ans, cependant cette association perd sa significativité lorsque le passé éventuel de dépression est pris en compte. Ce résultat rejoint ceux de plusieurs études n'ayant trouvé aucun lien entre les attitudes dysfonctionnelles et la récurrence des épisodes dépressifs (Hart *et al.,* 2001 ; Ilardi *et al.,* 1997). Bien que la nature de leur relation reste incertaine, certains tentent de rassembler ces données. D'après le modèle de Zuroff *et al.* (1999) par exemple, les attitudes dysfonctionnelles constitueraient un trait relativement stable, mais leur accessibilité varierait en fonction de l'humeur dépressive. Plusieurs études rapportent en effet des éléments en faveur d'une relative stabilité des attitudes dysfonctionnelles (Beevers et Miller, 2004 ; Wang *et al.,* 2010 ; Zuroff *et al.,* 1999).

Peu d'études ont exploré les mécanismes associant les attitudes dysfonctionnelles à l'humeur dépressive. Quelques données appuient leur interaction avec des éléments contextuels stressants dans l'explication de l'humeur dépressive (Brown *et al.,* 1995 ; Olinger *et al.,* 1987 ; Robins et Block, 1989 ; Scher *et al*., 2005 ; Wise et Barnes, 1986). D'autres mettent en avant des variables médiatrices. Par exemple, il a été suggéré que les attitudes dysfonctionnelles expliquent l'émergence du désespoir (Cannon *et al*., 1999), ainsi que le 'dégoût de soi' (*self-disgust*) (Overton *et al*., 2008).

3.4.3. Spécificité des cognitions dépressives

D'après le modèle cognitif de Beck, bien que la négativité des cognitions caractérise de nombreux troubles, leur contenu est quant à lui spécifique (Beck, 1976). Notamment, les cognitions négatives répertoriées dans la triade seraient spécifiques à la dépression, en ce qu'elles impliquent une fin dramatique, inexorable et fataliste. Les études réalisées tendent à confirmer cette idée, en comparant les réponses de patients en dépression à celles de patients psychiatriques non dépressifs (Dobson et Shaw, 1986 ; Harrell et Ryon, 1983 ; Hollon *et al*., 1986 ; Kendall *et al*., 1989 ; Crandell et Chambless, 1986). De très nombreuses études ont également montré cette spécificité en étudiant exclusivement un aspect de la triade, à savoir la perception négative de soi (Beck *et al.,* 1990 ; Brown et Beck, 1989 ; Dobson et Shaw, 1987), l'anticipation pessimiste du futur (Brown et Beck, 1989 ; Beck *et al.,* 1989 ; Clark *et al.,* 1989) ou encore l'interprétation négative du monde environnant (Greenberg et Beck, 1989).

Les études portant spécifiquement sur la distinction entre les contenus cognitifs des personnes dépressives et des personnes anxieuses offrent cependant des résultats davantage inconsistants. Tandis que certaines parviennent à distinguer ces deux entités nosologiques (Lamberton et Oei, 2008 ; Cho et Telch, 2005), d'autres remettent davantage en question cette distinction (Beck et Perkins, 2001 ; Clark *et al.,* 1998 ; Shapiro *et al*., 1999) en montrant notamment l'existence des cognitions dépressives dans l'humeur anxieuse. Lamberton et Oei (2008) par exemple, ont évalué auprès de 135 personnes leur humeur dépressive (*Beck Depression Inventory* ; Beck *et al.,* 1961) et anxieuse (*Beck Anxiety Inventory* ; Beck *et al*., 1988), ainsi que leurs cognitions dépressives (*Automatic thoughts Questionnaire* ; Hollon et Kendall, 1980) et anxieuses (*Anxious Self-Statements Questionnaire* ; Kendall et Hollon, 1989). Conformément à l'hypothèse de Beck (1976), ils montrent que les cognitions dépressives sont uniquement prédictives de l'humeur dépressive, tandis que les cognitions anxieuses sont uniquement prédictives de l'humeur anxieuse. Dans une récente méta-analyse, Beck et Perkins (2001) rapportent de nombreux recouvrements entre les cognitions des deux pathologies. Ces résultats peuvent refléter de réels recouvrements, mais également provenir de problèmes méthodologiques (Lamberton et Oei, 2008) tels que l'évaluation différentielle des humeurs dépressive et anxieuse.

3.5. Conclusion

Les apports issus des travaux d'Aaron Beck sont multiples. De l'identification de symptômes dépressifs à l'élaboration d'outils de mesure, en passant par la proposition d'un véritable système cognitif hiérarchisé, la théorie cognitive de Beck constitue aujourd'hui encore un modèle incontournable dans la compréhension de l'humeur dépressive. Parmi ses différentes propositions, celle portant sur les cognitions dépressogènes et leur contenu nous intéresse particulièrement. Certaines cognitions accompagneraient spécifiquement l'humeur dépressive, et se caractériseraient par des thématiques relatives à un soi dévalorisé et incompétent, à un monde contrariant et décevant ainsi qu'à un futur sombre et incontrôlable. Certains proposent que les deux dernières nourrissent davantage la première, la perception de soi qui constituerait un facteur plus important (Haaga *et al*., 1991 ; McIntosh et Fischer, 2000). Le modèle de Beck présente à notre sens des recouvrements avec la théorie attributionnelle (Abramson *et al.,* 1978 ; Abramson *et al*., 1989), dans laquelle on retrouve aisément des thématiques similaires. Outre les concepts à proprement parler et leur dénomination respective, nous notons cette idée commune selon laquelle les

perceptions individuelles caractérisées par l'incontrôlabilité personnelle, l'attribution de responsabilité des situations négatives, l'auto-blâme et la généralisation dans le temps et les situations rendent la personne vulnérable au développement d'affects dépressifs. En outre, les cognitions de la triade ainsi que les attributions causales seraient susceptibles de nourrir un concept de soi plus général. S'agit-il d'un mécanisme unique ou parcellaire les associant à l'humeur dépressive, la question reste cependant entière.

En décrivant les théories d'Abramson et de ses collaborateurs (Abramson *et al*., 1978 ; Abramson *et al*., 1989) ainsi que celle de Beck (1967, 1987), nous avons surtout souhaité présenter des cognitions dépressogènes ainsi que leur contexte d'élaboration. Comme nous allons cependant le voir, d'autres cognitions spécifiques ont été identifiées et proposées comme étant également, voire davantage, caractéristiques de l'humeur dépressive.

4. DU DEBAT SUR LES COGNITIONS : DISCUSSIONS ET PROPOSITIONS EN FAVEUR D'UNE MEILLEURE COMPREHENSION DE LEUR FONCTIONNEMENT

Au sein de leur modèle respectif, Abramson et ses collègues (Abramson *et al.,* 1978 ; Abramson *et al.,* 1989) et Beck (1967, 1987) font intervenir certains types de cognition pour expliquer l'émergence des affects dépressifs. Tandis que les premiers mettent en avant les attributions causales d'internalité, de stabilité et de globalité, Beck met davantage l'accent sur la triade cognitive, dont l'attribution de responsabilité et l'auto-blâme font partie. Ces auteurs proposent néanmoins que ces cognitions puissent s'organiser en tendances relativement stables. Toutefois, si la concomitance de ces caractéristiques semble aujourd'hui bien admise dans l'état dépressif, les études empiriques ne parviennent pas à répliquer de manière systématique leurs effets sur la santé mentale. En outre, leur mécanisme d'action reste encore mal connu.

Un examen de la littérature nous a permis de constater que de nombreuses propositions avaient été formulées pour améliorer la compréhension de ces processus. Par exemple, et comme nous allons le voir, l'auto-blâme a été particulièrement investi et intégré dans d'autres propositions théoriques. En parallèle, d'autres cognitions spécifiques et leurs effets ont été mis en exergue. Cette quatrième partie a donc pour objectif de rassembler une partie de la littérature portant sur les cognitions spécifiques, en soulignant deux appels majeurs réalisés par certains auteurs : discriminer certains concepts et discerner leur cible.

4.1. Nécessité de mieux discriminer certaines dimensions

4.1.1. L'attribution causale de responsabilité

La notion d'attribution causale de responsabilité a été utilisée dans différents champs de la psychologie, et sous l'angle de définitions différentes. Par ailleurs, elle a été intégrée de manière théorique dans certaines conceptualisations, sans toujours faire l'objet d'investigations empiriques. Dans le champ de la santé mentale et notamment de la dépression, on retrouve la notion de responsabilité au sein du modèle cognitif de Beck (1967, 1987). Dans le cadre de sa pratique psychothérapeutique, l'auteur a régulièrement observé, chez les personnes présentant une humeur dépressive, une tendance à s'attribuer la responsabilité des situations négatives qu'elles rencontrent. Lorsqu'elle est répétitive, systématique et automatique, l'attribution de responsabilité est alors perçue comme une cognition négative caractéristique[10] de la dépression. Blackburn et Cottraux (2008) associent cette tendance au processus de personnalisation, consistant à « surestimer les relations entre les événements défavorables et l'individu » (p. 29). Plusieurs recherches ont investi cette tendance attributionnelle, et montré ses effets négatifs (Abramson *et al*., 1978 ; Brickman *et al*., 1982 ; Karuza *et al*., 1990). Karuza *et al.* (1990, étude 1) par exemple, montrent que la responsabilité perçue de la cause de la situation est négativement associée à l'affectivité positive, et positivement à l'affectivité négative, dans une population de jeunes adultes.

Cependant, d'autres études font apparaitre un effet positif du sentiment de responsabilité. Voth et Sirois (2009) par exemple, investissent l'ajustement psychologique et comportemental aux troubles inflammatoires de l'intestin. Leurs résultats suggèrent que le sentiment de responsabilité est négativement associé aux stratégies de coping inadaptées telles que le déni ou le désengagement comportemental, et positivement associé à un ajustement positif, notamment à un coping réussi, à l'acceptation, ainsi qu'à la perception de bénéfices relatifs à cette situation.

4.1.2. L'attribution causale de contrôle perçu

Parfois également dénommée 'évitabilité perçue', le caractère contrôlable d'une situation semble également jouer un rôle dans l'ajustement psychologique.

[10] Les cognitions ou pensées automatiques identifiées dans la théorie de Beck (1963, 1987) sont considérées comme concomitantes, et non explicatives de la dépression (Haaga *et al.,* 1991).

Dans leur revue de littérature, Frazier *et al*. (2002) montrent que la perception de contrôle passé, c'est-à-dire des causes des situations aversives rencontrées, est soit associée à davantage de détresse psychologique, soit non associée à l'ajustement. De nombreuses recherches se sont inspirées de la littérature relative aux pensées contrefactuelles (*counterfactual thinking*, Kahneman et Miller, 1986 ; Kahneman et Tversky, 1982), qui consistent à imaginer *a posteriori* des scénarios alternatifs. Mandel et Lehman (1996) expliquent que « *counterfactuals and preventability ascriptions focused mainly on controllable antecedents* » (p. 450). Cette rétrospection aurait pour objectif de déterminer si la situation était évitable en se focalisant sur ses antécédents modifiables, et prendrait la forme de pensées de type « si j'avais plutôt fait cela… ». Davis *et al*. (1996) montrent qu'indépendamment des autres attributions causales, la perception de l'évitabilité d'une situation influence l'attribution de responsabilité et de blâme. Ce résultat permet par exemple d'expliquer pourquoi des personnes se sentent parfois coupables de situations dont ils ne pensent pas être à l'origine. Par exemple, des parents peuvent se sentir coupable de la mort subite de leur nourrisson, non pas parce qu'ils en sont la cause, mais parce qu'ils estiment que cela aurait pu être évité (Davis *et al.*, 1995).

La question du caractère adaptatif de la perception de contrôle ou d'évitabilité reste cependant entière. Tandis que l'influence de cette perception sur l'attribution de blâme semble augmenter l'affectivité négative (Davis *et al.,* 1995 ; Janoff-Bulman et Wortman, 1977 ; Frazier, 1990), elle pourrait également se révéler bénéfique en favorisant la perception de contrôle futur (Boninger *et al.,* 1994 ; Markman *et al.,* 1993 ; Roese, 1994 ; Taylor et Schneider, 1989). C'est en tout cas l'hypothèse qui émerge légitimement des études de l'ajustement au vécu de situations incontrôlables. Si ce vécu d'impuissance est susceptible de générer des affects dépressifs (Abramson *et al*., 1978), alors la perception de contrôle devrait être bénéfique. Réfléchir à la façon dont on aurait pu contrôler l'origine d'une situation permettrait d'anticiper et de contrôler ce type de situations dans le futur (Taylor et Schneider, 1989). Boninger *et al.* (1994) par exemple, montrent que l'impact des pensées contrefactuelles varie considérablement selon que la personne ait une réflexion engagée vers le futur ou vers le présent. Autrement dit, la question est de savoir si la personne considère l'impact de la situation au moment même où elle la vit, ou si elle utilise les conclusions issues de cette situation pour d'éventuelles situations futures. Dans le premier cas, la tendance au regret et à l'auto-blâme est exacerbée lorsque la situation est perçue comme évitable, alors qu'elle n'apparait pas dans les cas de projections dans le futur.

C'est également l'idée issue du modèle attributionnel de Weiner (1985, 1986). L'auteur propose en effet que les attributions causales d'internalité, de stabilité et de contrôlabilité offrent une explication de l'ajustement individuel. Notamment, des attributions internes, instables et contrôlables face à des situations aversives, sont susceptibles d'affecter l'estime de soi et de générer de la culpabilité, mais également d'amener l'individu à croire en un contrôle futur et à orienter ses comportements vers la résolution de problème. La méta-analyse conduite par Roesch et Weiner (2001) confirme ces propositions et montre que le contrôle perçu de la cause est associé à un meilleur ajustement psychologique par son effet positif sur le choix de stratégies de coping actives, d'approche, centrées sur le problème et sur l'émotion, et négatif sur le recours à l'évitement.

4.1.3. L'attribution d'auto-blâme

4.1.3.1. L'impact délétère de la tendance à l'auto-blâme

Le concept d'auto-blâme est également apparu au sein de la théorie proposée par Beck (1963, 1987). A l'instar de l'attribution de responsabilité, une tendance générale à se blâmer a été observée chez les personnes souffrant de dépression. Cette forme de dévalorisation est également considérée comme concomitante à l'humeur dépressive. Ainsi, Beck rapporte : « *another symptom, self-blame, expresses the patient's notion of causality. He is prone to hold himself responsible for any difficulties or problems that he encounters*" (1967, p. 21, cité dans Janoff-Bulman, 1979). Cette caractéristique fait partie de l'élément de la triade cognitive portant sur la perception de soi. Abramson *et al*. (1978) perçoivent également l'auto-blâme comme délétère et présent dans l'humeur dépressive. Selon eux, « *the phenomena of self-blame, self-criticism, and guilt (a subclass of the self-esteem deficits) in helplessness (and depression) follow from attribution of failure to factors that are controllable* » (p. 62). Plusieurs études montrent en effet l'impact négatif de l'auto-blâme. L'étude de Voth et Sirois (2009) par exemple, suggère que la tendance à l'auto-blâme est positivement associée aux stratégies de coping inadaptées telles que le déni ou le désengagement comportemental, et négativement associée à l'acceptation.

4.1.3.2. L'impact bénéfique de la tendance à l'auto-blâme

Cependant, certaines études ont mitigé l'impact négatif de l'auto-blâme en montrant son caractère adaptatif (Janoff-Bulman et Wortman, 1977). Dans leur étude, les auteurs s'intéressent à la manière dont des personnes paralysées, victimes d'accidents graves s'adaptent suite à cet événement. Leurs résultats montrent que le blâme d'autrui (r = .466 ; β =

-.448), l'évitabilité perçue (r = .597 ; β = -.512) et l'auto-blâme (r = .650 ; β = .311) sont les meilleurs prédicateurs d'un coping réussi. Autrement dit, les personnes ayant tendance à se blâmer pour cet accident présentent un meilleur ajustement psychologique et comportemental.

4.1.3.3. Existe-t-il deux types de blâme ?

Afin d'expliquer ce résultat quelque peu surprenant, Janoff-Bulman et ses collaborateurs (Janoff-Bulman, 1979, 1982 ; Timko et Janoff-Bulman, 1985) proposent de distinguer deux types d'auto-blâme ayant des conséquences différentes : l'auto-blâme caractérologique et l'auto-blâme comportemental.

L'auto-blâme caractérologique correspond à une attribution de responsabilité personnelle ayant trait à une caractéristique stable de l'individu telle qu'un trait de personnalité. La cause de l'événement est donc évaluée de manière interne, stable et globale (Abramson *et al.,* 1978 ; Weiner *et al.,* 1971). L'impact de ce type de blâme serait effectivement négatif car il aurait pour effet de renvoyer à la personne une image particulièrement critique d'elle-même, et s'accompagnerait d'une vision fataliste de la situation.

L'auto-blâme comportemental correspond quant à lui à une attribution de responsabilité personnelle ayant davantage trait à une caractéristique temporaire de l'individu, tel qu'un manque d'effort. L'origine de la situation est alors jugée interne, instable et spécifique. Ce type d'auto-blâme représente selon Janoff-Bulman, la facette positive de l'auto-critique. Son caractère adaptatif tient notamment au contrôle possible des situations futures que laisse entrevoir cette cognition. Un étudiant expliquant son échec à un examen par un manque de travail personnel, peut tout à fait imaginer réussir le suivant en s'efforçant de travailler davantage. Or comme nous allons le voir un peu plus loin, de nombreuses études ont montré l'impact positif du contrôle perçu sur l'ajustement (Amirkhan, 1998 ; Frazier *et al.,* 2002 ; Jensen *et al.,* 2007). De même, l'auto-blâme comportemental est bénéfique car il est justement orienté vers le futur. Le fait d'entrevoir ce contrôle possible porte sur des situations futures, amenant ainsi la personne à se projeter dans l'avenir, et notamment dans un avenir dans lequel elle peut éviter certaines situations négatives. A l'inverse, se blâmer quant à des caractéristiques stables engage davantage l'individu dans des ruminations associées aux situations passées.

En résumé, tandis que l'auto-blâme caractérologique amène la personne à se centrer sur elle-même et sur les événements passés, l'auto-blâme comportemental permet de porter

davantage son attention sur le contrôle possible des situations et de s'engager vers l'avenir avec un regard plus optimiste.

Les études empiriques destinées à tester ces hypothèses offrent cependant des résultats là encore mitigés (Turnquist *et al*., 1988). Janoff-Bulman (1979, étude 1) a soumis à 129 étudiantes plusieurs situations hypothétiques dans lesquelles elles devaient se projeter. Deux groupes ont été créés, de par et d'autre de la médiane du score de dépression. Les groupes ne diffèrent pas significativement dans leur score d'auto-blâme comportemental. Par contre, le groupe présentant un score de dépression plus élevé rapporte davantage d'auto-blâme caractérologique. Cette variable s'avèrent être un fort prédicateur de la dépression aux côtés des attributions externes (chance). Notons cependant que l'auto-blâme comportemental, bien que moins puissant, est lui aussi explicatif de la dépression dans cette étude. Bien que ces premiers résultats soient prometteurs, ils n'ont pas trouvé de réel support dans les études ultérieures.

Timko et Janoff-Bulman par exemple (1985), ont étudié l'ajustement de 42 femmes ayant subit une mastectomie suite à un cancer du sein. Ils évaluent leurs attributions causales d'externalité (autrui, environnement, chance), d'internalité (constitution physique, personnalité, comportements passés), ainsi que le caractère évitable perçu de la maladie. Cependant, les analyses de régression révèlent qu'aucune de ces attributions n'explique significativement le score de dépression. Plus récemment, O'Neill et Kerig (2000) montrent que les deux types de blâme sont positivement associés à la dépression. De même, la littérature portant sur l'ajustement suite à une agression sexuelle montre que l'auto-blâme comportemental est davantage associé à la détresse psychologique (Arata, 1999 ; Frazier, 1990, 2000, 2003), et qu'il n'est pas nécessairement relié à la perception de contrôle ultérieur (Frazier, 1990, 2000 ; Frazier et Schauben, 1994). Cette absence de relation avec le contrôle futur a été retrouvée dans d'autres études (Malcarne *et al*., 1995). Comme le rappelle Lafontana (1996), les propositions de Janoff-Bulman ne permettent pas non plus d'éclairer d'autres cas de figure. Certaines tendances à l'auto-blâme restent en effet inexpliquées, notamment lorsque la personne n'est pas celle qui vit la situation en question. Cette tendance a par exemple été rencontrée auprès de parents confrontés à la maladie et au handicap de leur enfant (Chodoff *et al.,* 1964 ; Laborde et Seligman, 1983), ou de victimes d'accident pour y avoir survécu et non un proche (Friedman, 1985 ; Janoff-Bulman et Lang-Gunn, 1988). Il est donc probable que certaines dimensions aient été oubliées dans ces séquences explicatives.

4.1.4. Un paradoxe dans la dépression

Les cognitions que nous venons de passer en revue ont généralement été décrites comme paradoxales. Notamment, une question présente dans la littérature consiste à interroger la concomitance de deux tendances, d'une part la tendance à s'attribuer la responsabilité d'une situation et à se blâmer, et d'autre part, la tendance à se sentir impuissant face à cette même situation (Abramson et Sackeim, 1977 ; Peterson, 1979 ; Garber et Hollon, 1980 ; Peterson *et al.,* 1981). La question est généralement posée en ces termes : pourquoi les personnes se blâment-elles pour des situations dans lesquelles elles ne perçoivent pas de contrôle ? Selon Abramson *et al.* (1978), il semblerait plus 'logique' d'associer l'auto-blâme à une perception de contrôle. Partant de conceptions philosophiques (Kaufman, 1967 ; Hart, 1968), Abramson et Sackeim (1977) ont discuté les fondements de ce paradoxe. S'attribuer la responsabilité d'une situation implique d'après eux de répondre à deux questions : « aurais-je pu faire autrement ? » (« *whether individual could have done otherwise* » p. 842), et « l'issue aurait-elle pu être différente ? » (« *whether the outcome could have been otherwise* » p. 842). La figure 6 illustre le cheminement supposé par les auteurs.

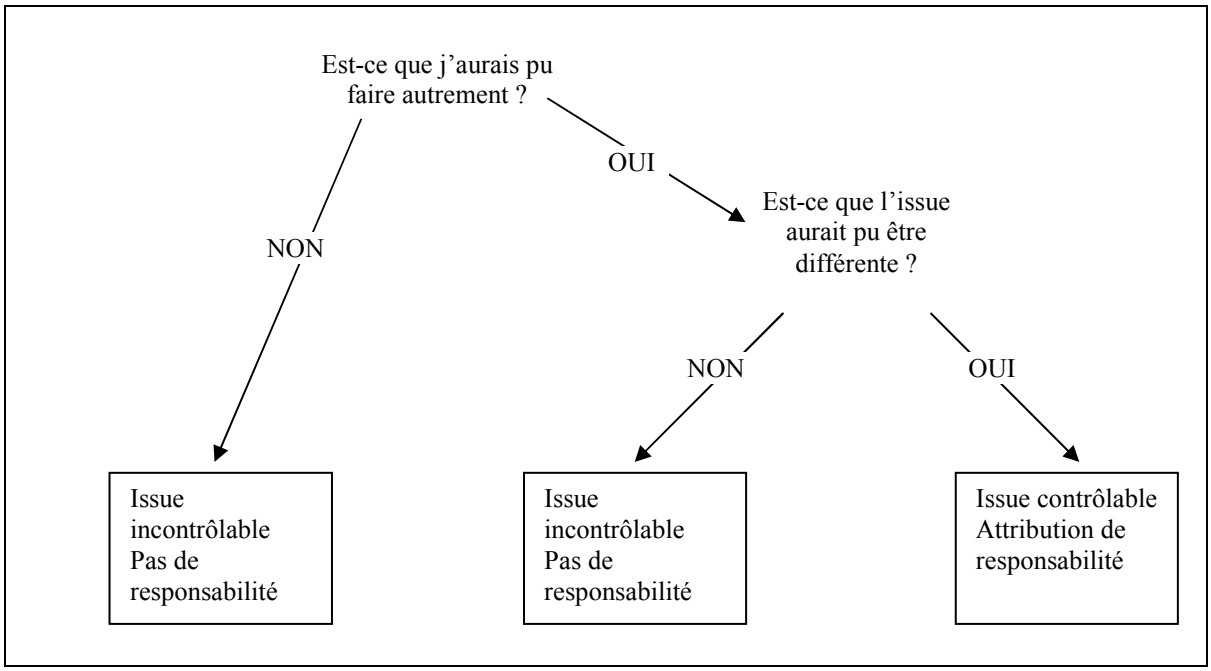


Figure 6. Explication de l'attribution de responsabilité selon Abramson et Sackeim (1977)

Les auteurs expliquent qu'un lien de dépendance entre le comportement et l'issue implique un lien entre le comportement et l'émergence de la situation. Si la personne estime qu'elle "aurait pu faire autrement", alors une seconde question est nécessaire pour

effectuer une attribution de responsabilité : est-ce que l'issue aurait pu être différente ? L'attribution de responsabilité est réalisée lorsque la réponse à cette seconde question est positive. En résumé, une personne ayant appris que l'issue était incontrôlable, a appris que le résultat n'aurait pas pu être autrement. Par conséquent il semble incohérent de s'attribuer la responsabilité d'un événement lorsqu'aucun comportement ne peut l'influencer. Ce paradoxe est théorique, mais a également été mis en évidence de manière empirique. Par exemple, Hiroto et Seligman (1975) ont débuté leurs premières études expérimentales sur les êtres humains en leur soumettant des anagrammes solvables ou insolvables. Ils ont constaté que les participants exposés à la condition de non contingence, c'est-à-dire ici de problèmes insolvables, ont tendance à percevoir la tâche comme insolvable ET à expliquer leur échec par leur manque de capacités.

A ce jour, plusieurs résolutions possibles ont été formulées, mais aucune ne fait vraiment consensus. La proposition de Janoff-Bulman (1979) relative aux deux types d'auto-blâme constitue une résolution possible du paradoxe de la dépression. Elle avance l'idée selon laquelle, parmi l'auto-blâme caractérologique et l'auto-blâme comportemental, seul le premier serait caractéristique de la dépression. Or, l'auto-blâme caractérologique implique des facteurs incontrôlables. Autrement dit, l'affirmation d'Abramson *et al*. (1978) consistant à associer l'impuissance à des facteurs contrôlables serait erronée, et par conséquent il n'existerait plus de paradoxe. Les théories mettant l'accent sur l'évitabilité perçue dans les situations négatives, proposent également une résolution possible. Néanmoins les résultats de ces études restent inconsistants. Une autre proposition a consisté à pointer des confusions théoriques entre plusieurs concepts. Il est par exemple curieux de constater que la perception de contrôle et la tendance à l'auto-blâme sont parfois mesurées par une même échelle d'attribution causale d'internalité !

4.1.5. Des concepts distincts ?

4.1.5.1. L'appel de Shaver

4.1.5.1.1. Au départ : un constat

Afin d'expliquer les inconsistances de résultats, des confusions théoriques et donc nécessairement méthodologiques ont été pointées du doigt. Dans de nombreux cas, la distinction semble ne porter que sur l'appellation de ces concepts. En effet, si l'on considère leur opérationnalisation, on constate de nombreux recouvrements. S'appuyant sur une analyse de la littérature, Shaver et ses collaborateurs (Shaver, 1985 ; Shaver et

Drown, 1986) suggèrent que de nombreuses études entretiennent des confusions conceptuelles. En particulier, leurs propos portent sur les attributions de cause, de responsabilité et de blâme. S'appuyant sur des études réalisées dans le champ médical ou de la victimisation, ils montrent ainsi que ces confusions posent un véritable problème de validité des résultats obtenus. Ils rapportent plusieurs études dans lesquelles ces concepts sont utilisés de manière interchangeable, par exemple dans lesquelles les auteurs se réfèrent à l'auto-blâme comme une attribution causale d'internalité (Janoff-Bulman, 1979, 1982 ; Janoff-Bulman *et al.*, 1985 ; Miller et Porter, 1985), ou encore une attribution de responsabilité (Taylor *et al*., 1984 ; Tennen *et al.,* 1986). Par ailleurs, les auteurs notent que même lorsqu'un effort de mesure distincte est réalisé, une confusion revient systématiquement dans la discussion (Wortman, 1983).

4.1.5.1.2. À l'arrivée : une théorie

Shaver (1985) propose une théorie de l'attribution de blâme, initialement conçue pour les attributions interpersonnelles (*i.e*. hétéro-blâme), mais également applicable aux attributions intrapersonnelles (*i.e*. auto-blâme). Il suggère que ces attributions de responsabilité et de blâme sont à étudier à l'issue d'une situation négative, car dans le cas contraire elles n'ont pas lieu d'être exprimées. Tandis que l'attribution de cause est « un antécédent suffisant » (p. 701) à l'émergence de la situation et qui possède une existence indépendante du jugement, les attributions de responsabilité et de blâme résultent d'une analyse subjective. En particulier, l'attribution de responsabilité ne dépend pas simplement de l'attribution causale, mais également d'un ensemble de facteurs tels que l'intentionnalité de l'action, l'évitabilité perçue de la situation, la conscience de ses conséquences, la liberté d'action de l'individu et de sa connaissance du 'bien' et du 'mal'. Ainsi, une personne peut avoir réalisé une action produisant des effets négatifs, sans pour autant les avoir anticipés ou souhaités. Elle peut également y avoir été contrainte et s'être soumise à un ordre. Dans ces cas, elle ne sera pas nécessairement tenue pour responsable. L'attribution d'auto-blâme quant à elle est réalisée lorsqu'aucune excuse ou justification n'est retenue comme valable, et que la situation est jugée intentionnelle.

Outre les études empiriques que citent Shaver et Drown (1986) pour justifier leurs idées, cette distinction prend sens dans nombre d'exemples de la vie quotidienne. C'est par exemple le cas des instances de justice, qui chaque jour ont pour mission de juger des actes délictueux. Une personne peut être à l'origine d'un délit, mais jugée non responsable du fait de troubles psychiques. Un chef d'entreprise peut être jugé responsable d'actes commis

par un salarié, sans pour autant en être coupable. On y retrouve les mêmes processus d'analyse : la personne a-t-elle commis cet acte, était-elle responsable, y a-t-il des circonstances atténuantes ? De ces circonstances dépendra le degré de blâme, et par conséquent la peine, la punition requise.

La nécessité de distinguer ces concepts prend sens au regard de leurs potentielles conséquences respectives. Tandis que l'attribution causale d'internalité peut s'avérer positive si elle favorise, *via* les stratégies de coping mises en œuvre, la perception de contrôle sur les événements futurs, l'attribution de responsabilité s'avère plus dommageable en ce qu'elle exacerbe les affects négatifs et augmente la probabilité que cela se reproduise dans le futur. L'attribution de blâme enfin, agit comme l'ultime sentence rendant l'individu coupable, et le condamnant à la punition. Shaver et Drown (1986) résument leur pensée ainsi : « *Questions about self-causality and self-responsibility can be answered with a certain degree of detachment; judgments of self-blame may carry the affective connotations that can lead to depression* » (p. 701).

4.1.5.2. Qu'en est-il aujourd'hui?

4.1.5.2.1. Un même constat

Bien que réalisé dans les années 80, ce constat semble pourtant toujours valable aujourd'hui. Récemment, Wolf et Lemétayer (2008) ont publié une étude dans laquelle ils comparent le style attributionnel d'enfants souffrant d'obésité à celui d'enfants ne présentant pas de problèmes de poids. Dans cet article typiquement, les notions d'attribution causale interne, de responsabilité et d'auto-blâme sont employées de manière interchangeable. Les auteurs soumettent aux participants une mesure d'attribution causale interne *vs* externe à évaluer pour un certain nombre de situations quotidiennes, dont la moitié présente une valence positive et l'autre une valence négative. Lors de la présentation de leur outil, ils expliquent que les enfants offrant des explications internes face aux situations positives se caractérisent par une « revendication du succès », tandis que les explications internes face aux situations négatives témoignent davantage d'une « acceptation du blâme » (p. 35). Ils proposent également de créer un score discriminant les enfants « s'attribuant la responsabilité des événements positifs et/ou réfutant leurs responsabilités lors d'événements négatifs » des enfants « rejetant leurs responsabilités lors d'événements positifs et/ou assumant celles des événements négatifs » (p. 35). En outre, ils concluent que « les enfants obèses acceptent en effet plus facilement le blâme et considèrent qu'ils ne sont pas forcément responsables de leurs propres succès » (p. 37). Cet

article magnifie selon nous les confusions décrites par Shaver et Drown (1986) et l'on imagine aisément les biais qu'il aurait introduits si ces tendances attributionnelles avaient été mises en relation avec l'estime de soi ou l'affectivité.

4.1.5.2.2. Un appel toujours relayé

Shaver et Drown (1986) ne sont pas les seuls à avoir interrogé ces confusions théoriques. D'autres auteurs ont également appelé à davantage de rigueur (Critchlow, 1985 ; Harvey et Rule, 1978 ; Försterling, 2001 ; Davis *et al*., 1996 ; Fincham et Jaspars, 1980). Selon Fincham et Jaspars (1980), la naissance des théories attributionnelles a participé à la confusion entre l'attribution causale interne et l'attribution de responsabilité. L'attribution interne ne serait une condition ni nécessaire ni suffisante à l'attribution de responsabilité. Comme Shaver (1985), ils proposent que celle-ci puisse dépendre du degré de liberté d'action (par exemple, la personne a-t-elle agit sous la contrainte), ou encore de la prévisibilité de l'événement. Récemment, Försterling (2001) distingue les attributions de contrôle de la cause, d'intentionnalité et de responsabilité. Se référant à Weiner (1995), il explique que l'attribution de responsabilité résulte nécessairement des deux précédentes. Les auteurs semblent donc s'accorder sur l'idée selon laquelle il est nécessaire de distinguer plusieurs attributions. En outre, des séquences explicatives émergent parmi ces propositions. Rejoignant l'appel de Shaver (1985), plusieurs candidats explicatifs de l'auto-blâme ont été proposés, tels que l'internalité (Fincham et Schultz, 1981 ; Schultz et Schleifer, 1983), la prévisibilité (Davis *et al.,* 1996 ; Davis *et al.,* 1995 ; Fincham et Jaspars, 1983 ; Pizarro *et al.,* 2003 ; Schlenker *et al.,* 1994) ou encore la contrôlabilité (Alicke, 2000 ; Mandel et Lehman, 1996). Une étude a récemment mis en compétition ces trois dimensions d'internalité, de prévisibilité et de contrôlabilité dans l'explication du blâme (Mandel, 2010). Les résultats suggèrent que seule l'internalité émerge comme facteur explicatif de l'assignation de blâme. Une autre étude a mis à l'épreuve une séquence explicative plus complexe sur la base des propositions de Shaver (1985), en étudiant cependant des hétéro-évaluations (Mantler *et al*., 2003). En particulier, les auteurs ont demandé aux participants d'évaluer chez une personne atteinte du sida ou d'un cancer du poumon leur degré de contrôlabilité, de responsabilité et de blâme. Les résultats suggèrent d'une part que ces trois attributions sont effectivement des dimensions reliées mais distinctes et, d'autre part, qu'elles s'organisent en une séquence précise : Contrôlabilité → responsabilité → blâme.

Autrement dit, l'attribution de blâme implique une attribution de responsabilité qui elle-même implique la perception de contrôlabilité ; l'inverse n'étant en revanche pas vrai.

La perception de contrôlabilité n'amène pas nécessairement à une attribution de responsabilité qui ne conduit pas elle-même toujours à du blâme.

4.1.6. Conclusion

Diverses attributions, telles que les attributions causales d'internalité, de contrôle, d'évitabilité perçue, les attributions de responsabilité ou encore d'auto-blâme, ont été proposées comme étant caractéristiques de l'humeur dépressive. Cependant, les études rapportent à la fois des effets néfastes et bénéfiques de certaines d'entre elles. A l'origine de ces inconsistances, une hypothèse a progressivement vu le jour : certains concepts seraient régulièrement confondus et oubliés dans les séquences attributionnelles explicatives des affects dépressifs. En outre, ces attributions s'organiseraient de manière hiérarchique, certaines d'entre elles, notamment l'auto-blâme, apparaissant comme des variables explicatives plus proximales de l'ajustement psychologique. Une seconde hypothèse a attiré notre attention. Celle-ci suggère qu'il est nécessaire d'introduire une certaine temporalité dans la formulation de ces cognitions. C'est à cette seconde alternative que nous allons à présent nous consacrer.

4.2. Nécessité de différencier le focus des attributions : attributions de cause *vs* de solution

4.2.1. L'appel de Brickman

4.2.1.1. Un impact différentiel pour des conséquences différentes

Brickman *et al*. (1982) ont développé un modèle théorique portant sur la manière dont les personnes cherchent de l'aide pour elles-mêmes ou offrent leur aide à autrui. Notamment, ils définissent quatre types de relation d'aide en combinant deux attributions de responsabilité : tandis que l'une porte sur la cause des difficultés rencontrées, l'autre porte sur l'habilité à solutionner ces problèmes. A travers leur analyse, ils défendent le besoin de distinguer ces deux focus en expliquant leurs impacts respectifs bien distincts sur les stratégies d'ajustement et le bien-être des personnes. Tandis que de nombreux chercheurs travaillant sur les attributions défendent l'idée selon laquelle les gens cherchent nécessairement à expliquer les événements qui leur arrivent, Brickman *et al*. (1982) rétorquent que « *people are less concerned about understanding the causes of events than about controlling behavior, both their own and other people's, to maximize desired outcomes* » (p. 369). Par conséquent, les attributions causales telles que celles identifiées

par Abramson *et al.* (1978) ne suffisent pas à expliquer l'ajustement psychologique et nous ne pouvons faire abstraction des attributions portant sur la solution. Bien que les propositions de Brickman *et al*. (1982) aient été utilisées notamment à l'intention des soignants dans le champ des services d'aide à la personne, elles offrent également un éclairage de l'ajustement individuel face à des situations aversives. C'est précisément dans ce dernier cas que nous recourons à ces auteurs.

D'après Brickman *et al.* (1982), ces deux formes de responsabilité se distingueraient quant à leur impact sur la perception de soi et les stratégies d'ajustement déployées. Tandis que la responsabilité perçue de la cause est susceptible de conduire la personne à se culpabiliser et à se blâmer, la responsabilité perçue de la solution lui permettrait d'entrevoir une issue favorable en lui redonnant un certain degré de contrôle, présent et futur, la protégeant ainsi d'un sentiment d'impuissance. Cette dernière forme de responsabilité favoriserait l'épanouissement de la personne en développant ses compétences, et cela, quelle que soit la responsabilité perçue de la cause. L'endossement de la responsabilité aurait donc un effet positif ou négatif en fonction du focus de son expression. En outre, les effets de la responsabilité de la solution seraient selon eux plus importants que ceux de la responsabilité de la cause, puisque la mise en place de stratégies de coping dépendrait directement du locus perçu de la solution.

4.2.1.2. L'évaluation des attributions de responsabilité

L'évaluation concomitante des attributions de cause et de solution est un préalable à l'étude des hypothèses de Brickman *et al.* (1982). Or, comme le font remarquer Stepleman *et al.* (2005), il existe un manque flagrant d'outils destinés à les mesurer. Leur revue de littérature rapporte l'existence de 4 outils. Deux d'entre eux, le *Helping and Coping Orientations Measure* (HCOM) élaboré par Michlitsch et Frankel (1989), et le *Helping and Coping Orientations Measure-clinical* (HCOM-C) adapté par Wall et Hayes (2000), mesurent directement les modèles de relation d'aide proposés par Brickman *et al*. (1982). Leurs items combinent donc les deux formes de responsabilité. Deux autres outils offrent quant à eux, une mesure distincte de ces attributions :

- Le *Helping-Coping Attribution Scale* (HCAS) développé par Tracey (1988), est composé de 4 items évaluant les attributions de responsabilité qui sous-tendent la pratique des aidants et les attentes des aidés, sur une échelle de Likert en 7 points (1 = tout à fait en désaccord, à 7 = tout à fait d'accord). Il permet ainsi par

exemple d'évaluer la congruence entre les conceptions des soignants et des soignés. Les items relatifs à la cause sont agrégés pour former un score de blâme, tandis que les items relatifs à la solution forment un score de contrôle. Une faible corrélation négative (r = -.15) a été obtenue entre les deux sous-échelles, suggérant leur relative indépendance (Tracey, 1988). L'encadré 3 présente les items de la version destinée aux aidants, rapportés par Kernes et McWhirter (2001).

Encadré 3. Items de l'échelle HCAS (Tracey, 1988) destinés aux aidants (extrait de Kernes et McWhirter (2001)

Items relatifs à la cause :

- "*this client is responsible for his or her current problem*"
- "*this client's problem is more a result of the situation he or she is in rather than his or her own inability to cope*"

Items relatifs à la solution :

- "*solving the client's problem is more the client's responsibility than mine*"
- "*this client would not be able to change without my or others' aid*"

- Dans quatre études successives, Karuza *et al*. (1990) évaluent les sentiments de responsabilité de la cause et de la solution à l'aide de six items pourvus d'une échelle en 7 points (de 1 = pas du tout, à 7 = tout à fait). L'encadré 4 présente ces items. Un score est obtenu pour chaque dimension en calculant la moyenne des réponses aux 3 items.

Encadré 4. Items proposés par Karuza *et al.* (1990) pour évaluer la responsabilité de la cause et de la solution

Items évaluant la responsabilité de la cause :

- "*To what extent do you feel you are personally responsible for the cause of your problem?*"
- "*To what extent do you feel you could have avoided the problems that you have?"*
- "*To what extent do you feel you could have controlled the cause of you problems?"*

Items évaluant la responsabilité de la solution :

- "*To what extent do you feel you are personally responsible for creating a solution to your problems?"*
- "*To what extent do you feel you can overcome your problems by yourself?"*
- "*To what extent do you feel you can control the solution to your problems?*"

- A ces quatre types de mesures, Stepleman *et al.* (2005) en ajoutent une cinquième : L*'Attribution of Problem Cause and Solution Scale* (APCSS). Le questionnaire est composé de 44 items évalués sur une échelle de Likert en 7 points (de 1 = tout à fait en désaccord, à 7 = tout à fait d'accord). L'échelle comporte deux sous-échelles, la responsabilité de la cause (cause externe + cause interne) et la responsabilité de la solution (solution interne + solution externe). L'encadré 5 présente quelques-uns de ces items. Il est demandé aux participants de rapporter des problèmes spécifiques rencontrés récemment, et de s'y référer pour compléter l'APCSS. Une association positive de .35 est trouvée entre les attributions de responsabilité relatives à la cause et à la solution.

Encadré 5. Exemple d'items de l'APCSS (extrait de Stepleman *et al.,* 2005)

Items relatifs aux causes internes (13 items) :

- "I feel guilt for having caused this problem"
- " I am responsible for the cause of this problem"

Items relatifs aux causes externes (11 items, codage inversé) :

- "other people are responsible for the cause"
- "I deserve no blame for the cause of this problem"

Items relatifs aux solutions internes (4 items) :

- "solving this problem is my responsability"
- "my own capabilities should be used"

Items relatifs aux solutions externes (16 items, codage inversé) :

- "solving the problem is someone else's responsability"
- "others are better able to solve my problem than I"

Différents outils ont donc été développés afin d'évaluer les hypothèses de Brickman *et al*. (1982). Tandis que certains mesurent directement les modèles de relation d'aide, d'autres évaluent distinctement les attributions de responsabilité de la cause et de la solution quant à des situations spécifiques.

4.2.1.3. Mise en perspective empirique des attributions de cause et de solution

Un examen de la littérature révèle que peu d'études ont été menées afin de tester les hypothèses de Brickman *et al.* (1982). Stepleman *et al*. (2005) imputent cette faiblesse au manque de mesures disponibles. Les quelques études ayant mis en relation les attributions de cause et de solution étayent généralement leur association distincte aux stratégies de coping et à l'ajustement psychologique (Aldwin, 1991 ; Amirkhan, 1998 ; Karuza *et al.,* 1990 ; Moulton *et al.,* 1987 ; Stepleman *et al*., 2005 ; Wall et Hayes, 2000).

Karuza *et al*. (1990, études 1 et 2) par exemple, ont conduit une série d'études auprès d'étudiants et de personnes âgées bénéficiant de services à la personne. Ils mettent en relation les deux dimensions de responsabilité avec une échelle d'affectivité positive et négative, une échelle de coping, plusieurs indicateurs de bien-être incluant le contrôle perçu, la santé perçue, ainsi que le coping perçu. Les résultats de leurs analyses de régression convergent à travers les différentes études. Dans la population estudiantine (étude 1), la responsabilité de la cause est négativement associée à l'affectivité positive, et positivement associée à l'affectivité négative, tandis que la responsabilité de la solution est positivement associée à l'affectivité positive et négativement associée à l'affectivité négative. Dans la population de personnes âgées (études 1 et 2), la responsabilité de la cause n'est significativement associée à aucune autre échelle, tandis que la responsabilité de la solution est positivement corrélée à l'affectivité positive (étude 1), ainsi qu'à plusieurs autres indicateurs tels que la santé perçue, les capacités de coping perçues, le contrôle perçu ainsi que la satisfaction par rapport à la prise en charge institutionnelle (étude 2). Par ailleurs, la mise en relation des quatre modèles de prise en charge des personnes âgées et les stratégies de coping révèle des tendances similaires. Les résultats suggèrent une forte tendance à l'auto-blâme lorsque la personne est considérée comme étant responsable de la cause de sa situation, ainsi qu'une tendance à la recherche de soutien social lorsque cette responsabilité est faible. De même, une faible responsabilité de la solution est associée à l'évitement, tandis qu'une forte responsabilité de la solution corrèle positivement à des stratégies adaptatives telles que les stratégies de coping centrées sur le problème et la réinterprétation positive. De manière générale donc, ces résultats appuient la nécessité de distinguer la cible de la responsabilité perçue et de considérer leur impact respectif. Tandis que la responsabilité de la cause du problème semble avoir un effet néfaste sur l'ajustement de la personne, la responsabilité de la solution indiquerait une issue plus favorable.

Amirkhan (1998) a poursuivi cet appel à davantage de nuance théorique en intégrant l'idée de Brickman *et al.* (1982) au sein de théories attributionnelles (Abramson *et al*., 1978 ; Weiner, 1985, 1986). En particulier, il interroge le focus des attributions d'internalité, de stabilité et de contrôlabilité. Selon lui, « *it could be argued that the end product (the outcome) of some coping behavior, rather than the stressful event itself, is the more appropriate attributional focus* » (p. 1008).

Dans son étude, il demande aux participants de rapporter un événement stressant rencontré au cours des six derniers mois, et d'évaluer sa cause sur les dimensions attributionnelles d'internalité, de stabilité et de contrôlabilité (*Causal Dimension Scale* ; Russel, 1982). Puis il les interroge sur leurs réactions face à cet événement en leur demandant de se centrer sur celles qui se sont avérées inefficaces. Les participants choisissent une stratégie de coping et expliquent son manque d'efficacité à l'aide des trois mêmes dimensions attributionnelles. Les résultats appuient la prépondérance des attributions de conséquences sur les attributions de cause de la situation. Lorsque les attributions de conséquences sont contrôlées, les attributions de cause n'ont plus d'impact significatif sur la détresse émotionnelle. En outre, les attributions de solution ont un effet indirect, via les stratégies de coping, mais également direct sur la détresse émotionnelle. Plus précisément, des attributions de solution internes, instables et contrôlables favorisent la mise en place de stratégies de coping actives et diminuent la détresse, tandis que des attributions externes, stables et incontrôlables augmentent les comportements évitant et la détresse psychologique.

Ces associations aux stratégies de coping ont été confirmées par d'autres études. Récemment, Stepleman *et al*. (2005) ont montré que la responsabilité perçue de la cause était positivement associée aux stratégies d'évitement ainsi qu'au recours à de l'aide provenant de professionnels, et négativement associée à l'auto-efficacité perçue. A l'inverse, la responsabilité perçue de la solution est négativement associée à ces stratégies de coping et positivement reliée à l'auto-efficacité. Ces résultats suggèrent que les attributions relatives à la cause et à la solution ont des effets différents sur l'orientation du choix des stratégies d'ajustement. En outre, ces auteurs montrent que ces deux types de responsabilité présentent les mêmes associations aux dimensions causales d'une échelle attributionnelle basée sur le modèle de Weiner (1988), qui inclue les dimensions de locus, de stabilité et de contrôle (personnel *vs* externe) de la cause (CDS II ; McAuley *et al.,* 1992). Les responsabilités perçues de la cause et de la solution sont positivement associées

au contrôle personnel (.62 et .43) et au locus interne (.58 et .36), tandis qu'elles sont négativement associées à la stabilité (-.28 et -.23) et au contrôle externe (-.30 et -.39). Stepleman *et al.* (2005) en concluent que bien que les corrélations obtenues soient élevées, elles ne le sont pas suffisamment pour apparenter les échelles : « *they are also sufficiently different to enable the conclusion that they do measure distinct dimensions of attribution* » (p. 13). D'autre part, bien que les sentiments de responsabilité de la cause et de la solution présentent les mêmes associations aux dimensions causales, elles n'orientent pas les comportements des individus de la même manière. Ces constats rejoignent l'appel de Shaver et Drown (1986) selon lequel il serait préférable de distinguer le locus de la cause du sentiment de responsabilité.

Les données disponibles sur une population clinique révèlent des résultats similaires. Notamment, Wall et Hayes (2000) ont cherché à savoir si les personnes en dépression différaient des personnes sans dépression quant à l'endossement des modèles de Brickman *et al.* (1982). Leurs résultats montrent que la majorité des personnes en dépression endossent davantage les modèles dans lesquelles la responsabilité de la cause est exacerbée. Cette tendance est renforcée par le fait que ces personnes diffèrent significativement des non dépressifs sur la souscription à ces mêmes modèles.

L'ensemble de ces résultats confirment la pertinence à distinguer conceptuellement et empiriquement les attributions portant sur la cause de celles portant sur les conséquences des situations aversives rencontrées. En outre, ces études suggèrent un effet bénéfique de l'attribution de responsabilité de la solution. Ils rejoignent ainsi les données mettant en exergue l'importance du contrôle perçu des conséquences.

4.2.2. Le contrôle perçu des conséquences

Nous avons vu précédemment que le contrôle passé, c'est-à-dire de la cause de la situation aversive rencontrée, était généralement associé à la détresse psychologique. Pourtant, ce contrôle passé est également supposé favoriser la perception de contrôle des situations futures. Frazier *et al*. (2002) suggèrent que ce manque de connexion empirique soit consistant avec le modèle de Brickman *et al.* (1982), et qu'il soit nécessaire de distinguer différents types de contrôles. Comme nous venons de le voir à l'instant, la perception de contrôle sur l'issue d'une situation semble avoir un impact positif sur l'ajustement psychologique. Amirkhan (1998) notamment, met en évidence que l'ajout de

la contrôlabilité aux dimensions d'internalité et de stabilité augmente significativement l'explication de la variance des stratégies de coping et de la détresse psychologique.

4.2.2.1. Importance de la prise en compte des différents types de contrôle

La notion de contrôle a suscité un grand intérêt auprès des chercheurs et généré un nombre de recherches considérable. En outre, cet intérêt s'est progressivement déplacé de la contrôlabilité réelle, objective, à la contrôlabilité perçue, davantage subjective (Foa *et al.,* 1992). Dans une revue de littérature, Skinner (1996) recense plus de cent termes relatifs au contrôle. Certains d'entre eux présenteraient des recouvrements théoriques, tandis que d'autres constitueraient des construits vraisemblablement distincts. Elle propose de les organiser par le biais de deux distinctions fondamentales. La première concerne les 'aspects' du contrôle, c'est-à-dire selon que le contrôle soit objectif, subjectif, ou expérimenté. Tandis que les deux premiers aspects renvoient respectivement à un constat de contingence et à une croyance, le dernier se réfère davantage à un contrôle effectif, mis en action. La seconde distinction suggérée par Skinner (1996) spécifie 'l'agent' du contrôle (soi ou autrui), les 'moyens' recourus pour exercer ce contrôle, et les 'fins' du contrôle, c'est-à-dire les objectifs, les buts désirés vers lesquels le contrôle est destiné. Skinner évoque deux autres types de distinctions qu'elle juge toutefois moins fondamentales : d'une part la généralisation du contrôle (général ou spécifique à une situation particulière), et d'autre part, sa temporalité, à savoir son orientation passée, présente ou future.

Se centrant sur ce dernier aspect des distinctions proposées par Skinner (1996), Frazier *et al.* (2002) proposent un 'modèle temporel', dans lequel ils distinguent plusieurs types de contrôle : le contrôle passé, le contrôle présent et le contrôle futur. Tandis que le contrôle passé correspond à une attribution causale de type 'évitabilité perçue', et le contrôle futur au contrôle et/ou à l'évitabilité future, le contrôle présent se réfère au degré d'action personnelle possible sur les conséquences de l'événement, comme par exemple les symptômes d'une maladie ou les émotions ressenties conséquemment. Les données empiriques appuient globalement l'idée selon laquelle ces différents types de contrôle ont des effets différents sur l'ajustement psychologique. En particulier, le contrôle passé et le contrôle présent semblent avoir des effets opposés. La littérature portant sur le contrôle futur rapporte des résultats plus inconsistants selon Frazier *et al.* (2002), même si la tendance est globalement positive. Frazier et ses collègues (Frazier, 2003 ; Frazier *et al.,* 2004) ont mis leur modèle à l'épreuve auprès d'un échantillon de femmes ayant subi une agression sexuelle. Dans l'une de ces études, Frazier (2003) rencontre ces femmes à quatre

reprises sur une période d'un an. Les résultats mettent en lumière des effets différents pour chaque type de contrôle. Consistant avec une grande partie de la littérature, le contrôle passé est associé à davantage de détresse psychologique à chaque temps de passation. En outre, il ne présente pas d'association au contrôle futur, appuyant ici son impact délétère. En revanche, contrairement aux hypothèses du modèle temporel (Frazier *et al*., 2002), le contrôle futur ne présente pas d'association significative à l'ajustement. Cette absence de significativité explique peut-être l'absence de relation entre le contrôle passé et futur. Concernant enfin le contrôle présent, les résultats vont dans le sens attendu. Les participants percevant le plus de contrôle présent rapportent moins de détresse psychologique. Les analyses de régression révèlent que cette forme de contrôle présente la plus forte association à la détresse, expliquant près d'un tiers de sa variance. Les résultats de Frazier *et al.* (2004) confirment l'effet bénéfique du contrôle présent sur l'ajustement psychologique, mais révèlent des tendances différentes pour les autres formes de contrôle : si le contrôle passé ne présente plus d'association significative à la détresse psychologique, le contrôle futur semble cette fois l'atténuer.

Peu d'études ont introduit simultanément ces différentes formes de contrôle. Les recherches portant précisément sur le contrôle présent sont majoritairement issu du champ de la santé, de l'ajustement à la maladie, aux agressions, et au syndrome de stress post-traumatique. Comme le soulignent Frazier *et al.* (2002), il n'existe pas de conceptualisation vraiment claire du contrôle présent au sein de la littérature. Par conséquent, son opérationnalisation n'est pas toujours précise non plus, rendant ainsi la comparaison des recherches difficile. Les recherches identifiées montrent en tous les cas de manière relativement consistante, que le degré de contrôle présent perçu est associé à un meilleur ajustement psychologique chez des prisonniers de guerre (Fairbrank *et al.,* 1991) ainsi que chez des personnes atteintes de maladie grave (Griffin et Rabkin, 1998 ; Manne et Glassman, 2000 ; Newsom *et al*., 1996 ; Thompson *et al.,* 1993). Plusieurs autres études ont également montré que le contrôle perçu était bénéfique à l'ajustement à la douleur chronique (Jensen et Karoly, 1991 ; Jensen *et al.,* 1994 ; Tait et Chibnall, 1997 ; Jensen *et al.,* 2001). Jensen *et al*. (2007) par exemple, mettent en évidence que le contrôle perçu de la douleur est négativement associé à l'intensité ressentie de la douleur (r = -.37, p < .002), à la détérioration physique perçue (r = -.42, p < .002), ainsi qu'à l'humeur dépressive (r = -.36, p < .002).

4.2.2.2. Le cas des situations incontrôlables

Le modèle transactionnel du stress initié par Lazarus et Folkman (1984) place le contrôle perçu comme facteur explicatif des stratégies de coping, et indirectement, de l'ajustement au stress. Parmi les stratégies de coping identifiées, certaines sont dites actives et centrées sur le problème, d'autres jugées passives et centrées sur la régulation et l'expression des émotions. Initialement, les premières sont considérées comme étant plus adaptatives. Cependant cette conception a été révisée pour prendre en compte la contrôlabilité 'réelle' de la situation. Ainsi, il est proposé que les stratégies de coping actives soient adaptées dans les situations 'objectivement' contrôlables, et les stratégies passives plus appropriées pour faire face aux situations incontrôlables (Roth et Cohen, 1986). Les études ne rapportent cependant pas toujours ces tendances, comme celle publiée par Terry et Hynes (1998) par exemple. Ces auteurs proposent de distinguer deux types de stratégies centrées sur le problème : les stratégies destinées à prendre en main directement le problème (*problem-management strategies*), et celles dont la finalité est d'évaluer la situation différemment (*problem-appraisal strategies*). Leur étude suggère que les stratégies centrées sur l'émotion et les stratégies centrées sur l'évaluation du problème sont associées à un meilleur ajustement dans une situation incontrôlable.

D'après Frazier *et al.* (2002), la contrôlabilité d'une situation est généralement considérée, à tort, comme un construit unitaire : la situation est ou n'est pas contrôlable, que ce soit d'un point de vue objectif ou subjectif. Ces auteurs soulignent cependant la multiplicité des aspects d'une situation et la possibilité de percevoir un certain degré de contrôle sur l'un de ces aspects. Certaines études évaluant différents aspects de situations aversives révèlent des résultats allant dans ce sens. Thompson et ses collègues (Thompson *et al.,* 1993, 1994) par exemple, ont montré que le contrôle perçu des symptômes était plus fortement associé à l'ajustement psychologique que le contrôle perçu de la progression de la maladie elle-même. Frazier *et al*. (2002) proposent qu'il soit davantage bénéfique pour un individu confronté à une situation incontrôlable, de rechercher un aspect contrôlable, plutôt que de déployer des stratégies destinées à réguler ses émotions. Ainsi, même dans les situations vraisemblablement peu contrôlables (comme une maladie chronique), l'ajustement psychologique peut être favorisé, soit en recherchant des aspects de la situation qui peuvent faire l'objet d'un certain contrôle de la part de la personne, soit en attribuant un contrôle à quelqu'un ou quelque chose d'extérieur, comme une équipe soignante. Notons cependant que ce dernier aspect se réfère au contrôle vicariant. Or son

effet bénéfique ne fait pas toujours consensus (Reed *et al*., 1993), peut-être justement car il s'agit d'un contrôle externe de la situation. Si la perception de contrôle présent est fondamentale dans l'ajustement, quels sont ses effets sur le choix des stratégies de coping ?

4.2.2.3. Fonctionnement du contrôle présent perçu

Consistant avec les modèles de psychologie de la santé, les études empiriques appuient largement l'idée selon laquelle le choix des stratégies de coping est influencé par la perception de contrôle des situations rencontrées (Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Folkman et Moskowitz, 2000). Cependant, comme le font remarquer Frazier *et al.* (2005), ces recherches n'ont pas nécessairement étudié l'impact des différents types de contrôle précédemment présentés. Ces auteurs présentent deux études dans lesquelles ils investissent les relations spécifiques du contrôle passé et du contrôle présent avec la détresse psychologique (anxiété et dépression) ainsi que le choix de coping, chez des personnes ayant subi une agression sexuelle. Le contrôle présent, portant plus particulièrement sur le processus de rémission, est mesuré par 5 items inclus dans un questionnaire développé par Frazier (2003). L'encadré 6 présente ces items.

Encadré 6. Items relatifs au contrôle présent (extrait de Frazier, 2003)

Control over the recovery process:
1. The assault is going to affect me for a long time but there are things I can do to lessen its effects.
2. I don't feel there is much I can do to help myself feel better. (reversed)
3. I know what I must do to help myself recover from the assault.
4. I am confident that I can get over this if I work at it.
5. I feel like the recovery process is in my control.

Notes. Les items sont évalués sur une échelle en 5 points allant de 1 = *strongly disagree* à 5 = *strongly agree*. Consistance interne : $\alpha = .81$

Les résultats de leurs deux études convergent. Le contrôle présent est positivement associé aux stratégies positives (restructuration cognitive et expression des affects), et négativement aux stratégies négatives (retrait social et évitement du problème), tandis que le contrôle passé est positivement associé à ces mêmes stratégies négatives. La relation entre le contrôle passé et la détresse est médiatisée par le retrait social (études 1 et 2) et l'évitement du problème (étude 2). Le fait de percevoir un contrôle passé de la cause de l'agression engendrerait de la détresse en amenant notamment la victime à s'isoler des autres. Frazier *et al.* (2005) proposent que la personne évite par ce biais le jugement négatif

anticipé d'autrui. Dans les deux études, le retrait social médiatise également la relation entre le contrôle présent et la détresse. Il permet à chaque fois d'expliquer la plus forte proportion de la relation (36 et 31%). La restructuration cognitive médiatise également la relation à hauteur de 13% (étude 1), de même que l'évitement du problème à hauteur de 19% (étude 2). Par conséquent, le fait de s'attribuer un certain degré de contrôle sur le processus de rémission est bénéfique dans l'ajustement de la personne, en la protégeant de l'isolement et en l'amenant à reconsidérer l'agression sous un autre angle. Notons que ces stratégies de coping médiatisent partiellement la relation entre le contrôle présent et la détresse, celui-ci conservant un effet direct significatif.

4.3. « On ne peut pas chasser le brouillard avec un éventail » [11]

À l'issue de cette revue de littérature, plusieurs éléments ont attiré notre attention : D'une part, il semble envisageable que plusieurs construits soient utilisés de manière interchangeable, résultant en des confusions théoriques et méthodologiques qui seraient potentiellement à l'origine des inconsistances présentes dans la littérature. D'autre part, les recherches qui étudient spécifiquement l'un ou l'autre de ces concepts, rapportent des effets différents, voire opposés, suggérant tantôt un effet positif sur la perception de contrôle, et tantôt un effet délétère sur la perception de soi. Il est donc probable que plusieurs mécanismes associent les attributions à l'ajustement psychologique et comportemental. Bien que certains de ces constats aient déjà émergé et interpellé plusieurs chercheurs, les études empiriques continuent selon nous à étudier ces concepts de manière très parcellaire. Les tentatives d'intégration mettent en perspective seulement quelques-unes de ces attributions, et entretiennent la plupart du temps certaines des confusions théoriques précédemment exposées.

Quelles tendances ressortent majoritairement de ces études ? En premier lieu, il semble qu'il soit nécessaire de distinguer quatre attributions causales portant respectivement sur l'internalité, la stabilité, la globalité et la contrôlabilité de la cause. Ces attributions correspondraient à un 'constat', objectif et/ou subjectif réalisé par la personne (Shaver, 1985 ; Shaver et Drown, 1986). Elles constitueraient le support à d'autres attributions dont la formulation serait davantage basée sur un 'jugement' subjectif, à savoir la responsabilité perçue de la cause (Davis *et al*., 1996 ; Försterling, 2001 ; Mantler *et al.,* 2003 ; Shaver, 1985 ; Stepleman *et al.,* 2005) et l'auto-blâme (Alicke, 2000 ; Davis *et al.,*

[11] Proverbe japonais

1996 ; Fincham et Schultz, 1981 ; Mandel, 2010 ; Mandel et Lehman, 1996 ; Shaver, 1985 ; Weiner, 1985, 1986). De cette séquence, l'auto-blâme apparait comme un prédicteur plus proximal de l'ajustement psychologique et comportemental de la personne (Brickman *et al.,* 1982 ; Davis *et al*., 1996 ; Mantler *et al*., 2003 ; Shaver, 1985). Mais les quatre attributions causales pourraient également influencer indirectement l'ajustement *via* un mécanisme positif. Il est en effet proposé qu'elles déterminent d'autres évaluations, à savoir la responsabilité perçue de la solution (Stepleman *et al*., 2005) et le contrôle perçu de la solution (Boninger *et al.,* 1994 ; Taylor et Schneider, 1989 ; Weiner, 1985, 1986). Le contrôle perçu constituerait lui aussi une dimension première dans l'explication de l'ajustement (Brickman *et al.,* 1982 ; Frazier, 2003 ; Frazier *et al*., 2004 ; Jensen *et al.,* 2007 ; Karuza *et al*., 1990).

La littérature portant sur les attributions regorge de données empiriques multiples et contradictoires. Un premier pas vers une meilleure compréhension de leur fonctionnement consisterait donc à mettre en compétition ces concepts au sein d'un même modèle, en offrant à chacun une opérationnalisation propre.

CHAPITRE III : L'HUMEUR DEPRESSIVE SOUS L'ANGLE DE DIMENSIONS DISPOSITIONNELLES

Ce troisième chapitre théorique est consacré à plusieurs dimensions dispositionnelles de l'individu, pour lesquelles les études empiriques ont généralement montré une association forte avec l'humeur dépressive. Dans le cadre du présent exposé, nous n'avons retenu que certaines dimensions relatives à la perception de soi, ayant trait à l'appréciation globale de soi ou aux compétences perçues de soi à un niveau tant présent que futur. Aussi, nous n'aborderons pas directement certains traits de personnalité jugés plus fondamentaux tels que le névrosisme ou l'extraversion par exemple. Plus précisément, nous présenterons dans un premier temps les théories de Higgins (1987) et d'Ogilvie (1987) dont les concepts phares sont les écarts entre les sois. Ces écarts correspondent à des évaluations que la personne effectue par rapport à elle-même, en fonction de ses standards idéaux, moraux et non désirés. Nous aborderons dans un second temps d'autres dimensions telles que l'estime de soi (Brown et Harris, 1978 ; Rosenberg, 1965), l'optimisme dispositionnel (Scheier et Carver, 1985), l'auto-efficacité (Bandura, 1977) ou encore le locus de contrôle (Rotter, 1966, 1975). Ces différentes dimensions sont dites dispositionnelles, dans la mesure où elles se constitueraient en variables relativement stables de la personnalité[12]. Rappelons que cette stabilité supposée n'exclue en rien le fonctionnement dynamique de ces dimensions. Comme l'expliquent Klein *et al*. (2011), les facteurs de personnalité sont susceptibles d'être modifiés tout au long de la vie de l'individu. Tandis que l'équipement génétique favoriserait la stabilité de la personnalité, les circonstances de vie, ainsi que l'entourage social, contribueraient à son évolution. Aussi, la notion de stabilité renvoie-t-elle peut-être davantage à une évolution plus lente dans le temps, caractérisant des dimensions dont l'ancrage est plus profond et le potentiel de changement moins immédiat que les processus transactionnels précédemment discutés. Les dimensions de personnalité sont souvent considérées comme des antécédents de troubles psychologiques, dont l'humeur dépressive fait partie. Cependant, au regard de leur aspect dynamique, il semble légitime de se demander si l'expérience de l'humeur dépressive peut affecter la personnalité.

[12] C'est la raison pour laquelle nous nous réfèrerons à ces dimensions comme des construits de personnalité au sein de notre exposé.

1. NATURE DES RELATIONS ENTRE LA PERSONNALITE ET L'HUMEUR DEPRESSIVE

Si des associations entre certains traits de personnalité et l'humeur dépressive ont été mises en évidence, les débats sur la nature de leurs relations sont loin d'être clos. Malgré le nombre de recherches suscitées par cette thématique, la présence d'une relation causale et le cas échéant, du sens de la relation entre ces variables ne fait pas consensus. Klein *et al*. (2011) rapportent en effet l'existence de sept modèles théoriques du sens de ces relations. Le tableau 6 expose ces différents modèles regroupés en trois catégories. Les trois premiers[13] suggèrent qu'il n'existe pas de relation directe entre la personnalité et l'humeur dépressive, mais plutôt que ces variables soient associées par le biais de facteurs étiologiques communs. Ces modèles divergent cependant sur certains points. En particulier, le modèle 'cause commune'[14] (*common cause*) suppose une indépendance conceptuelle entre ces variables et une association *via* une tierce variable. Les modèles 'continuum' (*continuum/spectrum*) et 'précurseur' (*precursor*) proposent qu'elles se constituent en continuum. Tandis que le premier les considère comme les deux pôles d'une même dimension, le second modèle suggère une continuité davantage temporelle. Autrement dit, la personnalité serait un précurseur, une manifestation initiale de la dépression. Les deux modèles suivants[15] postulent l'existence d'une influence causale de la personnalité sur l'humeur dépressive. Tandis que le modèle 'vulnérabilité' (*predisposition*) stipule que cette influence s'exerce sur l'avènement de l'épisode dépressif, le modèle 'pathoplasticité' (*pathoplasticity*) propose que cette influence porte davantage sur l'évolution de la maladie. Enfin, les deux derniers modèles[16] supposent un effet causal de la dépression sur la personnalité. Tandis que le modèle 'concomitance' (*concomittants*) propose que la personnalité soit temporairement affectée par le trouble et revienne à son niveau initial après la rémission, le modèle 'cicatrice' (*scar/consequence*) défend une modification permanente de la façon de penser.

Les contraintes s'imposant au chercheur désireux de tester ces modèles sont telles que les études actuellement disponibles ne permettent pas de trancher entre l'un ou l'autre. En réalité, il est possible de trouver support à chacun d'entre eux au sein de la littérature scientifique. Par exemple, de nombreuses études ont montré l'existence d'un facteur commun entre l'humeur dépressive et l'estime de soi d'une part (Watson *et al.,* 2002), le

[13] Dans la suite de notre exposé, nous nous réfèrerons à cette catégorie par l'emploi du terme '*continuum*'
[14] La dénomination française des sept modèles présentés est issue de notre traduction
[15] Dans la suite de notre exposé, nous nous réfèrerons à cette catégorie par l'emploi du terme '*vulnerability*'
[16] Dans la suite de notre exposé, nous nous réfèrerons à cette catégorie par l'emploi du terme '*scar*'

névrosisme d'autre part (Hettema *et al*., 2006 ; Judge *et al.,* 2002 ; Kendler *et al*., 2007), voire même avec l'estime de soi et le névrosisme (Hankin *et al.,* 2007 ; Roberts et Kendler, 1999). Cependant comme le font remarquer Neiss *et al.* (2009), même si des études suggèrent un recouvrement génétique entre la dépression, le névrosisme et l'estime de soi, « *it is unclear, however, whether this genetic overlap represents common genetic factors that influence all three constructs simultaneously, or whether the constructs are best understood as lower-order factors of one broad latent variable* » (p. 330). Aussi, ces auteurs ont récemment testé cette hypothèse auprès de femmes jumelles mono- et di-zygotes, et ont obtenu des résultats en faveur d'un seul facteur latent. Neiss *et al.* (2009) spéculent l'existence d'un phénotype qui correspondrait à ce qu'ils appellent *A Core Negative Affect* (*Core NA*).

Tableau 6. Les modèles classiques de la relation entre la personnalité et l'humeur dépressive (Klein *et al*., 2011)

		Facteurs étiologiques communs ?	Continuum ?	Interdépendants, relation causale ?
1	M1 cause commune	oui	non	non
	M2 continuum	oui	oui	non
	M3 précurseur	oui	Oui, mais développemental	non
2	M4 prédisposition/ vulnérabilité	non	non	Personnalité → dépression Influence le début, par le biais de médiateurs/modérateurs
	M5 pathoplasticité		non	Personnalité → dépression Influence pendant (sévérité, symptômes, rémission, etc.)
3	M6 concomitance		non	Dépression → personnalité Modification pendant, puis retour à la normale
	M7 cicatrice		non	Dépression → personnalité Modification pendant et après

Notes. 1 : Modèles dans lesquels la personnalité et l'humeur dépressive ne s'influencent pas, mais partagent des causes communes ; 2 : Modèles dans lesquels la personnalité a un effet causal sur l'humeur dépressive ; 3 : Modèles dans lesquels la dépression a un effet causal sur la personnalité.

D'autres résultats de recherche plaident davantage en faveur des modèles '*vulnerability*'. Certaines études ont en effet montré que l'estime de soi avait un effet négatif significatif sur l'humeur dépressive ultérieure (Fernandez *et al*., 1998 ; Lewinsohn *et al*., 1988 ; Southall et Roberts, 2002 ; Trzesniewski *et al.,* 2006). L'interaction entre l'estime de soi et des situations aversives prédit également l'occurrence d'affects dépressifs (Abela *et al.,* 2006 ; Kernis *et al.,* 1998 ; Ralph et Mineka, 1998). La dimension de névrosisme/émotivité négative s'avère également être un facteur prédictif de la dépression, seul (Boyce *et al*., 1991 ; Clark *et al.,* 1994 ; Kendler *et al*., 2006 ; Lakdawalla et Hankin, 2008 ; Tackett et Krueger, 2005), ou en interaction avec des situations stressantes (Kendler *et al*., 2004). De même, le style attributionnel pessimiste[17] semble être un facteur de vulnérabilité de la dépression, influençant son émergence ainsi que son maintien (Alloy *et al.,* 2006 ; Alloy et Clements, 1998 ; Alloy *et al.,* 1997 ; Chaney *et al.,* 2004 ; Hankin *et al.,* 2001 ; Mongrain et Blackburn, 2005 ; Sanjuán et Magallares, 2009).

Par ailleurs, les modèles '*scar*' ont également fait l'objet d'investigations empiriques et trouvé support à leurs hypothèses. C'est notamment le cas pour l'estime de soi, le névrosisme ou encore le style attributionnel. Plusieurs études ont en effet montré que l'humeur dépressive modifiait la façon de penser et altérait l'estime de soi (Coyne et Calarco, 1995 ; Coyne *et al*., 1998 ; Shahar et Davidson, 2003), ainsi que le style attributionnel (Ball *et al*., 2008 ; Jonhson et Miller, 1990). Cette direction causale a également été mise en évidence avec le névrosisme. Cette dimension de personnalité serait exacerbée suite au vécu d'un épisode dépressif (Fanous *et al*., 2007 ; Hirschfeld *et al.,* 1983 ; Kendler *et al.,* 1993).

Au regard de ces résultats, et comme le soulignent Orth *et al.* (2008), nous ne disposons pas à ce jour d'éléments suffisants pour conclure à la validité de l'un ou l'autre modèle. Aussi, quelques études longitudinales ont exploré les effets réciproques, c'est-à-dire les effets '*vulnerability*' et *'scar*' simultanément, entre la personnalité, ici l'estime de soi, et l'humeur dépressive. Mais les résultats restent inconsistants, supportant à la fois le modèle '*vulnerability*' (Ormel *et al.,* 2004 : Orth *et al*., 2008) et le modèle '*scar*' (Shahar et Davidson, 2003). Cependant comme le note Clark (2005), ces modèles ne sont pas mutuellement exclusifs.

[17] Rappelons que le style attributionnel est considéré comme dimension stable de la personnalité (Abramson *et al.,* 1978) lorsque son évaluation tient compte à la fois des attributions causales d'internalité, de stabilité et de globalité.

2. LES ECARTS ENTRE LES SOIS

2.1. Naissance de la théorie des écarts entre les sois

La théorie des 'écarts entre les sois'[18] fait partie des premières recherches initiées par E. Tory Higgins, diplômé de l'université de Columbia en 1973. Elle naquit de sa volonté de rassembler la littérature portant d'une part, sur les conflits intérieurs et les inconsistances de certaines pensées, et d'autre part, sur les différents syndromes émotionnels existants. En particulier, il espérait pouvoir associer deux ensembles émotionnels, notamment les émotions relatives à l'abattement et les émotions relatives à l'agitation, à différents types d'inconsistances, à savoir les écarts au 'soi idéal' (*ideal self*) et les écarts au 'soi moral'[19] (*should self*). Cette association d'émotions spécifiques aux conflits intérieurs confère à la théorie des écarts entre les sois un pouvoir prédictif qui constitue son originalité. Considérant ces écarts entre les sois comme des construits cognitifs, un second objectif sous-tendant la démarche de Higgins, est de savoir si la disponibilité (*availability*) et l'accessibilité (*accessibility*) de ces construits expliquent également certains types d'émotions.

2.2. Modèle explicatif de la dépression de Higgins

2.2.1. L'atteinte des standards idéaux et moraux : une motivation intrinsèque

Higgins expose sa théorie dans un article princeps de 1987. Il y propose de considérer le soi et ses différentes facettes selon deux dimensions cognitives : les « domaines du soi » (*domains of the self*) ainsi que les « points de vue » du soi (*standpoints on the self*). Il dénombre trois domaines du soi qu'il qualifie de (1) soi idéal, regroupant l'ensemble des valeurs et standards idéalement souhaités correspondre à la personne, (2) soi moral, décrivant l'ensemble des valeurs et standards davantage moraux, culturels et sociétaux que la personne se doit d'endosser, et (3) soi actuel, qui correspond à la description actuelle réelle de la personne, le soi auquel sont comparés les deux standards précédemment présentés. Ces standards et descriptions correspondent bien entendu à la perception subjective de chaque personne, qui effectue cette évaluation en fonction de deux points de vue, le sien propre, mais également celui d'une personne significative de l'entourage (parent, fratrie, conjoint, ami) ou plus exactement, de la représentation qu'elle se fait des attentes de cette personne significative, puisqu'il s'agit encore une fois d'une auto-évaluation. Le résultat de cette

[18] Ce terme renvoi à notre traduction de '*self-discrepancy*'
[19] Tandis que la traduction de '*ideal self*' ne présente pas d'ambiguïtés, celle de '*should self*' est moins évidente. Nous avons cependant opté pour le terme 'moral', afin de marquer sa distinction par rapport au soi idéal

évaluation personnelle ferait suite à une 'moyenne' de ces points de vue. L'aspect particulièrement technique et calculé de cette description sert à éclairer la conception sous-jacente à la théorie ; la mise en œuvre de cette évaluation est certainement orchestrée de manière plus subtile, c'est-à-dire davantage continue dans le temps et moins consciente. Il est proposé que ces écarts entre les sois s'organisent en des dimensions relativement stables de l'individu. En effet, l'étude de Strauman (1996) montre que les standards utilisés sont susceptibles de varier dans le temps, mais que l'amplitude des écarts reste stable sur une période de trois ans. Watson *et al*. (2010, étude 2A) obtiennent également d'excellents résultats appuyant la stabilité temporelle des écarts entre les sois idéal (.92) et moral (.91) sur une période de quatre semaines.

En parallèle, cette conception offre l'intérêt de proposer un processus par lequel la personne construit sa représentation d'elle-même et probablement son estime de soi. Elle ne se limite pas à la mesure d'un état de la perception de soi, d'un résultat, mais suggère un mécanisme qu'elle décortique par le biais des six états du soi : le soi actuel vu par soi et le soi actuel vu par autrui ; le soi idéal vu par soi et le soi idéal vu par autrui ; le soi moral vu par soi et le soi moral vu par autrui. En outre, ce modèle se veut explicatif des motivations individuelles. Tandis que le soi actuel représente le concept de soi de la personne, les sois idéal et moral fonctionneraient tels des guides (*self-guides*), des repères, dont l'atteinte serait source de motivation. Cette idée n'est pas nouvelle, et Higgins lui-même rapporte nombre de théories mettant l'accent sur l'atteinte de standards ou la réduction d'écart à ces standards comme motivation intrinsèque. S'appuyant sur James (1890/1948), il explique que « *standards both directly prompt action and, through their use in self-evaluation, arouse emotions that are themselves motivating* » (p. 321). Higgins évoque également Carver et Scheier (1981), dont la théorie de l'auto-régulation implique l'atteinte de standards personnels dans l'explication des comportements.

2.2.2. Les écarts aux standards idéaux et moraux : une source de détresse psychologique

2.2.2.1. L'hypothèse de spécificité des relations

L'originalité de la théorie de Higgins tient dans sa proposition d'associer les écarts à ces deux standards, à des émotions spécifiques. Notamment, il suggère que d'une part, l'écart au soi idéal soit associé aux émotions relatives à l'abattement, comme celles fréquemment rencontrées dans les états dépressifs, et que d'autre part, l'écart au soi moral soit relié aux émotions relatives à l'agitation, comme celles que l'on retrouve dans les états anxieux.

Tableau 7. Association entre les écarts entre les sois et des émotions spécifiques

Type d'écart	Situation psychologique négative	Croyances associées	Emotions spécifiques
Ecart au soi idéal/soi	Absence de résultats positifs	Non satisfaction des souhaits et buts personnels	Abattement : déception, insatisfaction, frustration
Ecart au soi idéal/autrui		Perte de sa valeur, de l'estime des autres	Abattement : honte, embarras, démoralisation
Ecart au soi moral/soi	Présence de résultats négatifs	Transgression d'un standard moral personnellement accepté	Agitation : culpabilité, mépris pour soi, gêne, dévalorisation, faiblesse
Ecart au soi moral/autrui		Existence d'un danger anticipé ou imminent	Agitation : peur, menace, voire ressentiment

Comment expliquer l'émergence d'émotions spécifiques ? Higgins (1987) postule que la simple considération d'une 'inconsistance interne' n'est pas une condition suffisante à l'émergence d'émotions spécifiques. Cela reviendrait à penser selon lui cet état de fait de manière objective. Or, deux personnes ne vivront pas une situation identique de la même façon. C'est davantage la résonnance de cet état avec les significations personnelles qu'il faut considérer. Le tableau 7 résume le processus supposé. Pour qu'un type d'écart active certaines émotions, plusieurs conditions doivent être réunies. D'une part cet écart doit refléter pour la personne ce que Higgins identifie comme une 'situation psychologique négative', c'est-à-dire qu'il doit traduire l'absence de résultats positifs ou la présence de résultats négatifs. L'accolade de l'adjectif 'psychologique' pour désigner la situation négative prend donc ici tout son sens. D'autre part, cette traduction psychologique déclenche un certain type d'émotion dans la mesure où elle engendre une interprétation particulière par le sujet. Prenons l'exemple de l'écart au soi idéal vu par soi. Si cette absence de résultats positifs est interprétée comme une insatisfaction de ses désirs, de ses souhaits personnels, la personne est plus à risque de connaitre des émotions relatives à l'abattement, et notamment un sentiment d'insatisfaction, de déception et/ou de frustration. Prenons un autre exemple, la présence de résultats négatifs que représente l'écart au soi moral vu par soi. Cet écart conduira à des affects relatifs à l'agitation tels que la culpabilité, la gêne et l'auto dévalorisation, s'il est associé à la croyance selon laquelle la personne n'a pas respecté un standard moral intériorisé.

2.2.2.2. Disponibilité et accessibilité des écarts entre les sois

Considérant les écarts entre les sois comme des différences interindividuelles, Higgins (1987) postule que ces écarts ne sont pas systématiquement présents chez chaque personne. C'est ce qu'il nomme la 'disponibilité' des écarts (*availability*). Cette disponibilité fait donc référence à la présence d'un écart particulier chez une personne. Cette présence résultat de l'écart entre le nombre de concordances et le nombre de divergences entre les standards idéaux et moraux d'une part, et le soi actuel d'autre part. Ainsi, plus ces écarts sont importants, plus ils sont disponibles, et plus l'intensité de l'émotion associée est susceptible d'être forte.

D'autre part, Higgins considère également les écarts entre les sois comme des différences intra-individuelle, qu'il traduit par le terme 'd'accessibilité' (*accessibility*). Se référant aux théories du traitement de l'information, il suggère que les écarts 'disponibles' sont latents et plus ou moins 'accessibles', sous-entendu activables, en fonction de trois dimensions : (1) la récence de la dernière activation, (2) la fréquence des activations, et (3) la congruence entre un événement donné et un écart, c'est-à-dire son applicabilité à cet événement.

Ainsi, Higgins tient compte non seulement de la variabilité interindividuelle dans la possession ou non de certains types d'écarts, mais également de la variabilité intra-individuelle dans l'activation et l'efficience ou non de ces écarts à un moment donné. Selon lui, l'accessibilité des écarts disponibles est nécessaire pour expliquer la production de certaines réponses émotionnelles. Il résume les implications de sa théorie ainsi :

> « *The greater the magnitude and accessibility of a particular type of self-discrepancy possessed by an individual, the more the individual will suffer the kind of discomfort associated with that type of self-discrepancy*. »
> (Higgins, 1987, p. 335-336).

2.3. Le soi non désiré d'Ogilvie

En parallèle des travaux de Higgins, Ogilvie publie en 1987 un article dans lequel il déplore le manque de considération accordée à une dimension qu'il nomme 'le soi non désiré' (*undesired self*). Il avance l'idée selon laquelle cette dimension serait un repère plus solide que les sois idéal et moral dans l'évaluation du soi. Le soi non désiré se rapproche des autres types de soi dans son fonctionnement cognitif implicite, mais s'en distingue par son

aspect plus concret. Ogilvie propose en effet que le soi non désiré se nourrisse principalement des expériences négatives de la personne, autrement dit du vécu réel et moins de l'imaginaire contrairement aux sois idéal et moral. Ce contenu moins abstrait lui confèrerait un rôle premier dans l'évaluation du bien-être subjectif.

L'auteur va plus loin encore, en suggérant que le soi non désiré participe probablement à la construction du soi idéal. Il étaye sa pensée en l'illustrant par une personne dont le soi non désiré serait d'être impuissant et dépendant des autres, et dont le soi idéal serait par conséquent de venir en aide aux personnes dans le besoin. Les sois non désiré et idéal constitueraient des sortes de 'rivaux', entre lesquels il établit un lien causal allant du premier au second élément. L'apposition du soi non désiré aux sois idéal et moral n'implique donc pas uniquement l'ajout d'une dimension cognitive supplémentaire. Elle ouvre en même temps un débat sur les origines des motivations individuelles. Tandis que le soi idéal concerne des standards à atteindre, le soi non désiré correspond davantage à des images à ne pas reproduire. Autrement dit, tandis que l'un a trait à des images positives du futur, l'autre porte sur des images négatives du passé. Comparer les effets de ces différents types de soi revient donc également à envisager la source des schémas de fonctionnement. On comprend aisément les enjeux thérapeutiques de ce type de questionnement.

2.4. Méthodes d'évaluation des écarts entre les sois

Traditionnellement, deux approches de l'évaluation des écarts entre les sois ont été proposées et mises en compétition : une approche idiographique et une approche nomothétique. Aujourd'hui encore, elles restent alternativement utilisées.

2.4.1. Les méthodes idiographiques

Le questionnaire des sois (*Selves Questionnaire* ; Higgins *et al*., 1985) est le premier outil développé par Higgins et ses collègues, et aura certainement été le plus couramment employé. Il correspond à une méthode idiographique dans laquelle les participants rapportent 10 adjectifs pour chaque état du soi : le soi actuel/soi, soi actuel/autrui, le soi idéal/soi, le soi idéal/autrui, le soi moral/soi et le soi moral/autrui, soit 60 adjectifs au total. A l'aide d'un thésaurus (*Webster's new world Roget's A-Z thesaurus*[20] ; Laird, 1999), des juges comparent paires par paires chaque adjectif du soi actuel/soi aux attributs des cinq autres états du soi. Ces comparaisons donnent lieu à un classement à partir duquel un score d'écart est ensuite

[20] Version la plus récente utilisée (dans Waters *et al.,* 2004)

calculé. Higgins *et al*. (1985) défendent la validité de cet outil en rapportant une fidélité inter-juge variant de .84 à .97. Nous noterons qu'une version interview de ce questionnaire a également été proposée par Strauman (1990).

Cet outil a cependant fait l'objet de critiques, du fait même de sa conception idiographique. Selon Tangney *et al*. (1998), elle exposerait le participant à la difficulté à trouver les adjectifs adéquats, augmenterait le temps de passation et créerait par là-même une fatigue cognitive susceptible de biaiser les réponses. La cotation effectuée par les juges est également remise en question du fait de son caractère subjectif et du temps important qu'elle nécessite.

Certains auteurs ont proposé des variantes de cette méthode idiographique. Par exemple, Francis *et al*. (2006) ont développé le *Self Lines Measure* permettant une représentation graphique des écarts entre les sois. D'autres auteurs demandent aux participants d'évaluer la correspondance entre les adjectifs décrivant leurs sois idéal et moral et leur soi actuel en utilisant une échelle de type Likert (Carver *et al*., 1999 ; Cheung, 1997 ; Shah, 2003 ; Shah *et al.,* 1998). Cette méthode répond partiellement à la critique portant sur le caractère subjectif de la cotation des écarts par les juges.

2.4.2. La méthode nomothétique

Afin de pallier les difficultés inhérentes aux approches idiographiques, Tangney *et al.* (1998) ont développé un système basé sur une 'méthode nomothétique'. Au lieu de demander au participant de rapporter des adjectifs, l'expérimentateur leur propose une liste préconçue d'attributs, dans laquelle ils doivent choisir ceux qui leur correspondent. Leur étude de validité (Tangney *et al.,* 1998) a montré de fortes associations entre les deux mesures, ainsi que des patterns d'association similaires avec des mesures de dépression et d'anxiété. De plus, les corrélations obtenues entre les écarts restent les mêmes d'une méthode à l'autre.

En diminuant le temps de passation et les biais associés, cette méthode présente donc un attrait certain. Toutefois, elle a fait à son tour l'objet de plusieurs critiques. Notamment, Higgins (1999) rétorque en affirmant qu'une liste préconçue d'adjectifs ne permet pas de recueillir les caractéristiques les plus saillantes pour la personne, et ne permet donc pas de capter toute la complexité de l'évaluation de ces écarts.

Bien que les méthodes idiographiques semblent être préférées du fait de leur congruence à la subjectivité des participants, les deux méthodes restent couramment

employées. Par exemple, Watson a publié en 2004 sur son site internet[21] plusieurs outils destinés à évaluer les écarts entre les sois idéal et moral. Parmi ces outils figurent une méthode idiographique (*the Idiographic Self-Concept Questionnaire-Personal Construct*) ainsi qu'une méthode nomothétique (*the Nonidiographic Self-Concept Questionnaire-Conventional Constructs*). La mise en compétition de ces outils a cependant révélé que le questionnaire idiographique présentait de meilleures propriétés psychométriques en termes de consistance interne, de fidélité test-retest et de validité convergente (Watson *et al.,* 2010). Dans le paragraphe suivant, nous allons voir que certains chercheurs ont souhaité répondre aux critiques de l'une et de l'autre méthode, en proposant un outil intégratif réunissant leurs avantages au sein d'un même outil (Hardin et Lakin, 2009).

2.4.3. La méthode intégrative

L'*Integrated Self-Discrepancy Index* (ISDI ; Hardin et Lakin, 2009) a donc été développé afin de répondre aux différentes critiques portant sur les méthodes idiographiques et nomothétiques. En outre, il permet l'évaluation des écarts au soi non désiré décrit par Ogilvie (1987). Cet outil présente quatre avantages. En premier lieu, il préserve l'aspect idiographique de l'évaluation des écarts entre les sois préconisé par Higgins *et al.* (1985), puisqu'il demande aux participants de rapporter par eux-mêmes cinq adjectifs pour chacun des états du soi suivants : soi idéal/soi, soi idéal/autrui, soi moral/soi, soi moral/autrui, soi non désiré/soi et soi non désiré/autrui. En second lieu, il répond aux critiques portant sur les difficultés à trouver ces adjectifs, en proposant dans un second temps une liste d'adjectifs grâce à laquelle les sujets peuvent compléter leur propre liste. D'autre part il présente une amélioration considérable dans sa procédure de cotation des écarts. S'appuyant sur l'idée précédemment décrite par certains auteurs (Carver *et al*., 1999 ; Cheung, 1997 ; Shah, 2003 ; Shah *et al.,* 1998), les participants évaluent eux-mêmes, par le biais d'une échelle de type Likert en 5 points, dans quelle mesure chacun des adjectifs rapportés les décrivent à ce moment (1 = « *completely applies to me* » à 5 « *doesn't apply to me at all* »). Cette procédure simplifiée pour l'expérimentateur permet également de capter l'appréciation subjective des sujets de leurs propres inconsistances. Enfin, il s'agit du premier outil de mesure des écarts essayant de pallier la difficulté pour les sujets à distinguer le soi idéal du soi moral. Ayant constaté cette difficulté, Hardin et Lakin ont spécifiquement introduit la notion de 'moralité' dans leur consigne pour décrire le soi moral. L'étude de validation du

[21] http://www.wm.edu/research/watson

questionnaire (Hardin et Lakin, 2009) présente les résultats obtenus pour les écarts aux sois idéal et moral. Les coefficients Alpha de Cronbach des échelles des écarts aux sois idéal et moral révèlent une consistance interne satisfaisante (α = .81 et α = .80 respectivement). Les analyses corrélationnelles montrent que ces échelles et leurs composantes (point de vue de soi et d'autrui) présentent toutes des associations positives significatives variant de .33 à .45. L'étude de leur réseau nomologique appuie la validité du questionnaire. C'est ce que nous présentons dans la partie suivante. Les auteurs mettent à disposition des chercheurs sur leur site internet une version papier-crayon du questionnaire[22].

2.5. Validité empirique des théories de Higgins et d'Ogilvie

Les connaissances sur ces concepts ont surtout été accumulées pour les écarts aux sois idéal et moral. Nous ne savons donc que peu de choses sur l'impact de l'écart au soi non désiré. Estimant que son appel n'avait pas été entendu, Ogilvie s'est engagé par la suite dans d'autres types de recherche[23]. Les connaissances ont également été obtenues par le biais d'échelles de mesure différentes, limitant ainsi la comparaison des résultats.

2.5.1. Tests des hypothèses de Higgins

2.5.1.1. Structure factorielle des écarts entre les sois : des concepts distincts ou des facettes d'un même concept ?

Peu d'études ont spécifiquement étudié la structure factorielle des écarts entre les sois. Les quelques indices dont nous disposons à ce jour portent sur les écarts aux sois idéal et moral. Leur association s'avère importante, mais pas suffisante pour confondre les deux dimensions. Waters *et al.* (2004) par exemple, obtiennent des corrélations entre les écarts aux sois idéal et moral, vu par soi et par autrui, variant de r = .24 (p = .028) à r = .54 (p = .000), suggérant que ces différents écarts correspondent à des aspects différents d'un même construit. Watson *et al*. (2010) ont récemment conduit des analyses factorielles en variables latentes dans des échantillons tout-venants et cliniques, les derniers souffrant d'anxiété ou de dépression. Malgré, là encore, une forte association entre les deux dimensions (variant entre r = .74 et r = .81 à travers leurs différentes études), les indices d'adéquation satisfont un modèle à deux facteurs, et confirment ainsi l'idée selon laquelle les écarts aux sois idéal et moral correspondent à deux facteurs distincts. Enfin, la mise en

[22] http://webpages.acs.ttu.edu/erhardin/ISDI.html
[23] http://psych.rutgers.edu/people/ogilvie.html

perspective des écarts aux sois idéal, moral et non désiré au sein d'un même modèle en variables latentes, révèle des assocations modérées entre le soi non désiré et le soi idéal d'une part (r = .23 et .24), et entre le soi non désiré et le soi moral d'autre part (r = .41 et .47), suggérant que le soi non désiré se distingue des deux autres standards (Hardin et Leong, 2005).

2.5.1.2. Relation à des émotions spécifiques

Dans son article princeps de 1987, Higgins rapporte les résultats non publiés d'une étude menée avec Klein et Strauman (Higgins *et al*., 1985) dans laquelle ils cherchent à relier les écarts aux sois idéal et moral vu par soi et par un proche significatif, à des émotions très spécifiques. Nous avons résumé les résultats de leur étude dans le tableau 8. Comme le montre ce tableau, les écarts au soi idéal semblent davantage associés aux sentiments relatifs à l'abattement, tandis que les écarts au soi moral sont reliés aux sentiments relatifs à l'agitation. En outre, la honte et le manque de fierté semblent résulter de la comparaison entre les standards idéaux et moraux vu par autrui, confortant ainsi l'idée de départ de Higgins (1987). En revanche, l'association négative entre l'écart au soi moral/soi et la culpabilité ne va pas dans le sens attendu. Celle-ci suggère en effet que plus la personne se rapproche de ses standards moraux propres, plus elle éprouve de la culpabilité. Les auteurs expliquent ce résultat en évoquant une tendance au déni qui pousse les personnes présentant une forte culpabilité à l'exprimer davantage sous l'angle d'un sentiment d'inutilité. Or ce dernier sentiment est positivement associé à l'écart au soi moral/soi.

Cependant, Tangney *et al*. (1998) se sont intéressés spécifiquement aux sentiments de honte et de culpabilité, sans parvenir à répliquer ces résultats. Dans leur étude, la honte est associée à tous les états possibles du soi, tandis que la culpabilité ne présente aucune relation significative. Ces résultats confirment les hypothèses des auteurs qui, s'appuyant sur la théorisation de Lewis (1971), proposent que la honte porte sur le soi dans son ensemble, tandis que la culpabilité porte sur un comportement spécifique. Heppen et Ogilvie (2003) par contre, montrent que les écarts aux sois idéal, moral et non désiré sont tous les trois associés à la culpabilité, mais seul l'impact de l'écart au soi non désiré reste significatif lorsque les deux autres types de soi sont contrôlés. Aucune tendance stable ne ressort donc véritablement en ce qui concerne la relation des écarts entre les sois et les sentiments de honte et de culpabilité.

Tableau 8. Résultats non publiés complémentaires à l'étude de Higgins *et al.* (1985), cités par Higgins (1987)

Type d'écart	Emotions spécifiques associées
Ecart au soi idéal vu par soi	- Sentiment de déception, d'insatisfaction, d'inefficacité personnelle, d'être 'blâmable', et de perte d'intérêt - Sous-échelle d'introjection du questionnaire de Blatt *et al*. (1976) mesurant l'écart au standard idéal et l'abattement
Ecart au soi idéal vu par autrui	- sentiment de manque d'amour propre et de fierté, de manque de confiance en soi et en ses buts, de solitude, de 'cafard', et de perte d'intérêt - sous-échelles d'introjection et anaclitique du questionnaire de Blatt *et al*. (1976), la dernière mesurant davantage la dépendance à autrui ainsi que la sensibilité aux attentes d'autrui
Ecart au soi moral vu par soi	- sentiment d'inutilité, d'irritabilité, de perte d'énergie et de ralentissement, de perte d'intérêt, sentiment que toute action demande un effort important. Association négative au sentiment de culpabilité
Ecart au soi moral vu par autrui	- vulnérabilité aux moments de panique ou de terreur, de peur irrationnelle, aux préoccupations exagérées sur le ressenti personnel, et au sentiment de honte

2.5.1.3. Relation à l'humeur anxieuse et dépressive

Le développement de l'*Integrated Self-Discrepancy Index* (Hardin et Lakin, 2009) étant très récent, la majorité des études ont été réalisées en utilisant alternativement les méthodes idiographiques ou nomothétiques. Une récente étude a confirmé la pertinence de l'étude des écarts entre les sois, en montrant que contrairement aux descriptifs des sois actuel, idéal et moral, les écarts entre les sois étaient les seuls prédicteurs de l'anxiété et de la dépression (Watson *et al.,* 2010). Les prédictions de la théorie des écarts entre les sois ont été confirmées par plusieurs études montrant que l'écart au soi idéal est uniquement associé à la dépression, et que l'écart au soi moral est uniquement relié à l'anxiété (Higgins *et al*., 1985 ; Higgins *et al*., 1986 ; Strauman & Higgins, 1987 ; Strauman & Higgins, 1988). Waters *et al*. (2004) répliquent l'association unique entre l'écart au soi idéal et le score de dépression, tant sur les items évaluant les symptômes cognitifs que sur ceux mesurant les symptômes somatiques, et cela auprès de personnes souffrant de lombalgie chronique. Les études plus récentes effectuées avec *l'Integrated Self-Discrepancy Index* (Hardin et Lakin, 2009) ont également permis de répliquer ces relations uniques (Leonardelli *et al*., 2003 ; Hardin et Lakin, 2009).

Cependant, d'autres études mitigent ces résultats. Certaines en effet ne répliquent pas l'association unique entre l'écart au soi idéal et les émotions relatives à la dépression d'une part, et entre l'écart au soi moral et les émotions relatives à l'anxiété d'autre part (Tangney *et al*., 1998 ; Ozgul *et al*., 2003 ; Watson *et al.,* 2010). Watson *et al.* (2010) par exemple, conduisent une série d'analyses factorielles en variables latentes, et montrent que les écarts aux sois idéal et moral sont tous deux positivement associé à l'anxiété (*r* variant de .36 à .66 et de .23 à .24 respectivement) et à la dépression (*r* variant de .50 à .69 et de .37 à .47 respectivement) aussi bien dans des échantillons tout-venant que clinique. Cependant les auteurs imputent plus volontiers ces résultats à un problème méthodologique sans pour autant remettre en cause la théorie sous-jacente. D'autres études révèlent par ailleurs que l'écart au soi idéal est plus prédictif de l'anxiété que de la dépression dans une population asiatique (Cheung, 1997), interrogeant la validité culturelle de la théorie des écarts entre les sois. De la même manière, il a été montré que l'écart au soi moral ne permet pas de prédire les symptômes d'anxiété lorsque l'impact de l'écart au soi idéal et/ou de la ressemblance au soi non désiré sont contrôlés (Carver *et al*., 1999 ; Hardin et Leong, 2005). L'étude de validation de l'*Integrated Self-Discrepancy Index* de Hardin et Lakin (2009) réplique pour l'essentiel la théorie de Higgins, mais présente cependant un résultat inattendu, à savoir une association significative entre l'écart au soi moral vu par soi et la dépression, et cela même en contrôlant l'impact des autres types de soi et de l'anxiété. Récemment, Phillips et Silvia (2010) ont trouvé une association unique entre l'écart au soi moral et l'anxiété, mais ont également montré que la dépression était expliquée par les écarts aux sois idéal et moral. Ainsi, d'autres études sont nécessaires pour vérifier ces relations et les éventuels impacts culturels ou biais méthodologiques invoqués.

2.5.2. Quels effets du soi non désiré sur l'humeur ?

Les études menées sur l'effet du soi non désiré révèlent une dimension robuste ayant un fort impact sur l'humeur. Plusieurs études ont en effet montré que la ressemblance au soi non désiré était davantage prédictif de la dépression que ne l'est l'écart au soi idéal, aussi bien dans une population américaine européenne (Hardin et Leong, 2005 ; Heppen et Ogilvie, 2003 ; Carver *et al*., 1999 ; Ogilvie et Clark, 1992) qu'asiatique (Cheung, 1997) ou américaine d'origine asiatique (Hardin et Leong, 2005).

La ressemblance au soi non désiré a également été mise en relation avec l'anxiété, et s'avère la prédire davantage que l'écart au soi moral dans une population américaine européenne (Heppen et Ogilvie, 2003 ; Carver *et al.,* 1999) ainsi que dans une population

américaine d'origine asiatique (Hardin et Leong, 2005). Comme le suggèrent Hardin et Leong (2005), le soi non désiré fait référence à la présence de résultats négatifs. On peut donc s'attendre à ce qu'il soit associé à l'anxiété.

Des études ont également démontré que l'écart au soi non désiré était plus prédictif de la satisfaction de vie (Ogilvie, 1987) et du bonheur (Heppen et Ogilvie, 2003) que ne l'est l'écart au soi idéal.

Outre cette relation dominante entre le soi non désiré et la détresse psychologique, des études ont rapporté un effet modérateur du soi non désiré. Carver *et al.* (1999) et plus récemment Heppen et Ogilvie (2003) ont montré que la relation entre l'écart au soi moral et l'anxiété était significative, seulement chez les personnes présentant un fort écart au soi non désiré. Heppen et Ogilvie (2003) proposent que l'effet du soi non désiré ait un poids plus important dans l'évaluation de soi, et que par conséquent il prenne le pas sur les autres types de standards lorsqu'il y a adéquation à ces images négatives chez la personne. Carver *et al.* (1999) évoquent quant à eux deux forces différentes conduisant l'individu, soit à se rapprocher d'une image positive (les sois idéal et moral), soit à se détacher d'une image négative (le soi non désiré). La motivation à se détacher de cette image négative serait plus forte, et expliquerait sa relation prépondérante à l'anxiété. La perception de ces *self-guides* devient donc hiérarchique, avec une motivation première à éviter d'être ce que l'on ne veut pas, et une motivation secondaire à se rapprocher de ses standards personnels et moraux. Heppen et Ogilvie (2003) proposent également que les caractéristiques du soi non désiré soient davantage accessibles à la personne. Les caractéristiques que l'on pense devoir endosser – le soi moral – seraient plus difficiles à identifier, et donc présenteraient un impact plus faible.

2.5.3. Quelques pistes explicatives

Depuis quelques années, les études se tournent progressivement vers la recherche de médiateurs et/ou de modérateurs susceptibles d'éclairer le fonctionnement des écarts entre les sois dans la détresse émotionnelle, et substantiellement certaines inconsistances de résultats. Hardin et Leong (2005) ont proposé que les écarts entre les sois agissent sur la détresse émotionnelle par leur impact sur le développement d'attentes futures spécifiques. En particulier, ces auteurs suggèrent que l'atteinte de standards désirés favorise l'émergence d'attentes futures positives. L'optimisme ainsi généré agirait à son tour en diminuant la détresse psychologique. Les résultats de leur étude confirment leur hypothèse

et suggèrent que le pessimisme dispositionnel médiatiserait les relations entre les écarts entre les sois et la dépression.

Phillips et Silvia (2005) ont par ailleurs montré que la relation entre les écarts entre les sois et les émotions était significative uniquement lorsque le sujet présente une forte conscience de soi. La théorie de la conscience de soi objective (*Objective Self-awareness Theory* ; Duval et Wicklund, 1972) est assez proche de la théorie des écarts entre les sois en ce qu'elle propose que la personne a des représentations d'elle-même ainsi que des standards à atteindre, et que leur éventuelle disparité génère des émotions négatives. Cette théorie ne spécifie cependant pas d'écarts entre les sois différents, ni d'effet unique à des émotions spécifiques. De la même façon que Higgins (1987) suggère que l'accessibilité des écarts modère leur effet sur les émotions, Duval et Wicklund (1972) stipulent que ces évaluations requièrent un état de focalisation, de centration, sur soi. L'hypothèse de Phillips et Silvia (2005) repose sur cette parenté théorique et consiste à penser que la centration sur soi augmente cette accessibilité des écarts, et par là-même leur conséquences émotionnelles. C'est en effet les tendances qu'ils enregistrent dans cette étude.

À notre connaissance, une seule étude a interrogé l'impact des écarts entre les sois sur le déploiement de stratégies d'ajustement. Poon et Lau (1999) montrent qu'un faible écart au soi idéal est associé à des stratégies de coping adaptatives telles que la résolution de problème et la réinterprétation positive. D'autres recherches seraient nécessaires pour confirmer cette tendance et explorer d'éventuelles associations entre le choix des stratégies de coping et les écarts aux sois moral et non désiré.

2.6. Un concept mal connu et délaissé

En comparaison avec les autres concepts évoqués dans ce manuscrit, nous avons été frappés par le faible nombre d'études investissant les écarts entre les sois. Que connait-on finalement sur leur rôle ? Si l'ensemble des études empiriques montrent une relation entre les écarts aux sois idéal, moral et non désiré et les émotions, toutes ne parviennent pas à répliquer les associations spécifiques uniques suggérées par la théorie de Higgins (1987), entre l'écart au soi idéal et la dépression d'une part, et entre l'écart au soi moral et l'anxiété d'autre part. Ce n'est donc pas tant la pertinence de ces concepts dans l'étude de la santé mentale qui est à questionner, mais plutôt la complexité de leurs relations. Que signifient ces inconsistances dans la littérature ? Il est d'autant plus difficile de répondre à cette question que peu d'études à ce jour ont inclus l'ensemble des écarts entre les trois types de

soi. De plus, ces quelques études emploient des méthodes d'évaluation différentes (Hardin et Leong, 2005 ; Heppen et Ogilvie, 2003 ; Carver *et al*., 1999), rendant ainsi les comparaisons difficiles. Des biais méthodologiques relatifs à l'évaluation de ces écarts entre les sois ont été évoqués pour expliquer ces inconsistances. Récemment développé, l'*Integrated Self-Discrepancy Index* (Hardin et Lakin, 2009) offre une amélioration substantielle quant à la passation et à la cotation des écarts. On peut donc espérer que son émergence aboutisse à des clarifications quant à leur rôle dans la santé mentale. Par ailleurs, nous avons été fortement surpris par l'absence d'études empiriques portant sur une population française. A notre connaissance, aucun outil en langue française ne permet en effet l'évaluation des écarts entre les sois.

3. DES DIMENSIONS DE LA PERSONNALITE

Pour comprendre et expliquer la manière dont les personnes font face aux situations aversives qu'elles rencontrent, que celles-ci soient ponctuelles ou quotidiennes, les chercheurs ont mis en avant de nombreuses dimensions de la personnalité. Parmi ces dimensions, certaines correspondraient à des traits basiques tels que ceux identifiés par le modèle du *Big Five* (Costa et McCrae, 1992), tandis que d'autres représenteraient des croyances générales et relativement stables, comme c'est le cas par exemple de l'estime de soi (Rosenberg, 1965). Dans le cadre du présent exposé, nous nous sommes davantage concentrés sur les dimensions du second type, et notamment sur des croyances faisant intervenir la perception de soi. Ces facteurs semblent favoriser l'adaptation de l'individu en lui permettant de rester dans l'action, de poursuivre ses objectifs et de se projeter ainsi positivement dans le futur. Nous avons sélectionné ici quelques-uns de ces facteurs les plus fréquemment rencontrés dans la littérature, et les avons classés en trois catégories : les facteurs relatifs au futur, au contrôle et à la perception de soi. Nos travaux ne portant pas directement sur ces concepts, nous les présenterons brièvement dans cette partie.

3.1. Les croyances relatives au futur : l'optimisme dispositionnel

3.1.1. Définition

Parmi les croyances relatives à l'avenir, l'optimisme dispositionnel est une variable particulièrement investie par les chercheurs en psychologie. Cette notion est née du modèle de l'auto-régulation du comportement proposé par Carver et Scheier (*Model of behavioral self-regulation* ; Carver et Scheier, 1981, 1982, 1983 ; Scheier et Carver, 1982). Scheier et

Carver (1985) définissent l'optimisme dispositionnel comme une attente généralisée d'événements positifs (*generalized outcome expectancies*). Ils proposent qu'elle soit une caractéristique stable de la personnalité, qui oriente l'action de l'individu. Tandis que les sujets optimistes s'attendent à ce qu'il leur arrive des choses positives dans l'avenir, les sujets pessimistes anticipent davantage des situations négatives. Cette croyance aurait un effet bénéfique sur la santé physique et psychique de l'individu, en l'amenant à adopter des comportements sains et à mener des actions pour atteindre ses buts personnels.

3.1.2. Evaluation psychométrique de l'optimisme

3.1.2.1. Le Life Orientation Test

Scheier et Carver (1985) ont développé le *Life Orientation Test* (LOT), version révisée quelques année plus tard (LOT-R ; Scheier *et al*., 1994). Le LOT initial contient 12 items, dont 4 sont formulés positivement, 4 négativement, et 4 sont des leurres. Les sujets évaluent les items en utilisant une échelle en 5 points (allant de 0 = pas du tout d'accord à 4 = tout à fait d'accord). Après avoir inversé le codage des items négatifs, un score total d'optimisme est obtenu en additionnant les réponses aux 8 items. La version révisée a été proposée afin d'augmenter la validité discriminante du construit. Deux items positifs ont été identifiés comme étant problématiques du fait de leur ressemblance à certaines stratégies de coping comme la réinterprétation positive. Aussi, ces deux items ont été retirés du questionnaire. Afin d'équilibrer le nombre d'item en fonction de leur valence, un item positif a été créé et un item négatif enlevé. Le LOT-R contient donc 10 items, dont 4 leurres. La consistance interne est élevée (α = .78), et la stabilité temporelle évaluée à 4 moments séparés de 4 mois est satisfaisante (.68, .60, .56 et .79 respectivement).

3.1.2.1. Un concept bipolaire ou bidimensionnel ?

Initialement, le questionnaire évalue une dimension bipolaire, les optimistes obtenant un score élevé et les pessimiste un score plus faible. Cependant, les résultats de certaines études ont amené les chercheurs à questionner la potentielle bi-dimensionnalité du concept. D'une part, les corrélations obtenues entre le score d'optimisme et de pessimisme paraissent étonnamment faibles pour deux pôles d'un même continuum (Dember *et al*., 1989 ; Mahler et Kulik, 2000 ; Mroczek *et al*., 1993 ; Plomin *et al*., 1992). D'autre part, des analyses factorielles mettant à l'épreuve des modèles à un et deux facteurs, ont tendance à confirmer l'existence de deux facteurs (Chang et McBride, 1996 ; Robinson-Whelan *et al.,* 1997 ; Chang *et al*., 1994 ; Marshall *et al*., 1992 ; Chang, 2001).

Les items formulés de manière positive saturent le facteur 'optimisme', tandis que les items négatifs saturent le facteur 'pessimisme'. Plusieurs auteurs ont mis en avant des biais méthodologiques liées à la valence des items pour expliquer cet 'artefact' (Hjelle *et al*., 1996). Déplorant qu'il n'y ait toujours pas de consensus à ce sujet, Kubzansky *et al*. (2004) ont directement testé cette hypothèse. Ils mettent ainsi en compétition plusieurs modèles en faisant varier la formulation des items. Les résultats montrent que le modèle à deux facteurs présente à chaque fois des indices d'ajustement meilleurs, et très satisfaisants. Cependant, Vautier *et al.* (2003) montrent quant à eux que la bidimensionnalité s'explique par l'influence de la désirabilité sociale, et suggèrent de conserver une conception bipolaire de l'optimisme. La question de la structure du questionnaire, et plus largement du concept, ne fait donc pas encore l'objet d'un réel consensus.

3.1.3. Validité empirique

L'optimisme dispositionnel semble être une variable adaptative, comme en témoignent les résultats des recherches de manière assez consistante. De manière générale, elle est prédictive d'un bon fonctionnement physique et psychologique (Carver *et al.,* 1993 ; Fournier *et al*., 2002 ; Makikangas *et al.,* 2004). En particulier, elle est négativement associée à l'humeur dépressive (Scheier et Carver, 1985 ; Scheier *et al*., 1994 ; Vickers et Vogeltanz, 2000 ; Shnek *et al.,* 2001 ; Karademas, 2006 : Kubzansky *et al*., 2004) ainsi qu'à l'anxiété (Scheier *et al.,* 1994 ; Kubzansky *et al.,* 2004). Récemment, Kubzansky *et al.* (2004) ont étudié séparément le score des sous-échelles d'optimisme, de pessimisme et le score total. Ils montrent que ces trois scores entretiennent de fortes relations significatives avec la dépression (-.29, .50 et -.79 respectivement, $p < .01$) et l'anxiété (-.28, .24 et -.52 respectivement, $p < .01$).

L'optimisme dispositionnel est également associé et prédictif du bien-être subjectif (Chang et Sanna, 2001 ; Diener *et al*., 2003 ; Eid et Diener, 2004 ; Makikangas et Kinnunen, 2003), et de la satisfaction de vie (Karademas, 2006). Busseri *et al*. (2009) ont récemment interrogé la satisfaction de vie des personnes pessimistes et des personnes optimistes, en adoptant une perspective temporelle. Notamment, ils ont interrogé 400 étudiants sur la façon dont ils perçoivent leur vie passée, présente et future. Conformément aux prédictions de la théorie (Scheier et Carver, 1985), les optimistes présentent un degré de satisfaction plus élevé que celui des pessimistes, que cela concerne la vie passé, présente ou future. Les deux groupes présentent par ailleurs une satisfaction de vie présente plus élevée que celle du passé. Cependant, un résultat inattendu concerne l'évolution de la satisfaction de vie présente

vers celle anticipée dans le futur. Tandis que les pessimistes envisagent une vie future meilleure à celle du présent, il n'en est pas de même pour l'autre groupe. Les optimistes en effet, ne semblent pas penser que leur futur sera plus satisfaisant que leur présent. Autrement dit, ils ne pensent vivre une vie future ni pire ni meilleure qu'aujourd'hui. Plusieurs explications ont été offertes, relatives à un ancrage plus important dans le concret des optimistes, ou encore à 'l'optimisme irréaliste' des pessimistes. Aucune d'entre elles n'a cependant été testée à notre connaissance depuis cette étude.

Enfin, l'optimisme dispositionnel a été mis en lien avec d'autres croyances. Faisant référence à l'attente future d'événements positifs, comme par exemple l'atteinte de ses buts personnels, il n'est pas étonnant qu'il soit associé à un locus de control interne (Scheier et Carver, 1985) ou encore à l'auto-efficacité (Karademas, 2006). Il est également très souvent associé à l'estime de soi (Scheier et Carver, 1985 ; Aspinwall et Taylor, 1992 ; Scheier *et al*., 1994 ; Fontaine et Jones, 1997 ; Makikangas et Kinnunen, 2003 ; Makikangas *et al.,* 2004).

3.1.4. Quels sont les mécanismes en jeu ?

Consistant avec les modèles en psychologie de la santé (Bruchon-Schweitzer, 2002), la croyance en un avenir positif est positivement associée aux stratégies de coping généralement considérées comme adaptatives, et négativement associées aux stratégies jugées moins adaptées. Ainsi, la littérature nous montre que les optimistes utilisent plus de stratégies actives, centrées sur le problème, ainsi que des moyens de réguler leurs émotions plus efficaces, et moins de coping évitant (Taylor et Armor, 1996 ; Scheier *et al*., 1986 ; Aspinwall et Taylor, 1992). Scheier *et al*. (1994) étudient les associations entre l'optimisme et 15 stratégies de coping de l'inventaire de Carver *et al*. (1989). Les résultats montrent que l'optimisme est significativement corrélé à toutes les stratégies de coping, positives comme négatives. Même lorsque l'impact de l'estime de soi est contrôlé, 9 de ces associations restent significatives. Plus récemment, Brissette *et al.* (2002) proposent une étude longitudinale dans laquelle ils montrent que le soutien social et la réinterprétation positive médiatisent la relation entre l'optimisme d'une part, et des mesures de stress perçu et de dépression d'autre part.

L'effet de l'optimisme dispositionnel sur l'ajustement psychologique pourrait également être expliqué par son effet sur l'affectivité positive et négative. Plusieurs études suggèrent en effet que la relation entre le pessimisme et l'optimisme, et l'humeur dépressive, est médiatisée par l'affectivité dans une population de jeunes adultes (Chang, 2002) et de personnes âgées (Chang et Sanna, 2001). Chez les personnes âgées par exemple, l'effet de l'optimisme est

partiellement médiatisé et conserve un effet direct sur l'humeur dépressive tandis que l'effet du pessimisme est complètement médiatisé par l'affectivité négative.

3.2. Les croyances relatives au contrôle

3.2.1. Le sentiment d'auto-efficacité

3.2.1.1. Définition

Bandura (1977, 1997) définit le sentiment d'auto-efficacité comme la croyance de l'individu en ses capacités à atteindre ses objectifs personnels, par la mise en place efficace d'actions appropriées. Plus précisément, il identifie deux dimensions à l'œuvre dans ce processus, l'attente d'efficacité et l'attente de résultat. L'attente d'efficacité fait référence à la perception que la personne a d'elle-même, de ses propres ressources pour mener à bien ses actions. L'attente de résultat fait davantage référence au contrôle personnel qu'elle perçoit dans une situation donnée et donc à sa capacité à agir sur cet environnement. Initialement, l'auto-efficacité est considérée comme une croyance situationnelle, spécifique à des contextes précis. Cependant, comme nous allons le voir, plusieurs recherches ont porté sur un sentiment d'auto-efficacité plus général. Il a notamment été proposé que les croyances d'auto-efficacité relatives à des domaines spécifiques nourrissent au fur et à mesure un sentiment d'auto-efficacité plus général (lightsey *et al*., 2006).

3.2.1.2. Evaluation psychométrique

3.2.1.2.1. Evaluation relative à des contextes spécifiques

Le sentiment d'auto-efficacité étant spécifique au contexte, de nombreux outils de mesure ont été développés pour des objectifs de recherches précis, pour des contextes différents. Des échelles ont par exemple été développées pour évaluer le degré d'auto-efficacité perçu pour faire face au diabète (Wu *et al*., 2008), à l'arthrite dans la fibromyalgie (Mueller *et al*., 2003), à l'infertilité (Cousineau *et al.,* 2006), ou encore pour s'adapter à des situations aussi diverses que des contextes sociaux (Sherer *et al.,* 1982) ou l'allaitement maternel (Wutke et Dennis, 2007) ; autant de situations mobilisant les ressources de la personne.

3.2.1.2.2. Evaluation relative à une croyance générale

Une échelle destinée à évaluer le sentiment d'auto-efficacité général a également été conçue (GSES ; Schwarzer et Jerusalem, 1995). Elle est composée de 10 items évalués

sur une échelle de type Likert en 4 points (allant de 0 = pas du tout vrai à 3 = totalement vrai). Le score varie donc de 0 à 30, avec une augmentation témoignant de celle du sentiment d'auto-efficacité. La fidélité de l'échelle est satisfaisante, le coefficient alpha de Cronbach variant selon les études de .75 à .91 et la stabilité temporelle de .55 à .75 sur une période de 6 mois à un an (Scholz *et al.,* 2002). Ces auteurs rapportent également des données concernant la validité de l'outil établie sur 3514 étudiants. L'auto-efficacité est positivement corrélée à l'optimisme (r = .49) et à la perception de challenge face aux situations stressantes (r = .45). Les analyses factorielles révèlent que l'auto-efficacité mesurée par la GSES constitue un construit universel, saturant une dimension dans 25 pays différents (Wu, 2009 ; Scholz *et al.,* 2002).

3.2.1.3. Validité empirique

Les recherches montrent que l'auto-efficacité est généralement associée négativement à la dépression et à l'anxiété (Devins *et al.,* 1982 ; Mustafa *et al.,* 2010 ; Muris, 2002 ; Schwarzer *et al.,* 1997). En outre, les études longitudinales suggèrent qu'elle permet de prédire les affects négatifs (Lightsey, 1997 ; Lightsey et Christopher, 1997). Lightsey et Christopher (1997) par exemple, ont suivi des étudiants sur une période de trois mois. Leurs résultats suggèrent que l'auto-efficacité personnelle interagit avec les événements de vie négatifs pour prédire l'émergence de l'humeur dépressive.

Les études portant sur une population clinique montrent que les personnes en dépression présentent un sentiment d'auto-efficacité plus faible que les groupes contrôle (Kanfer et Zeiss, 1983 ; Rosenbaum et Hadari, 1985). Par ailleurs, l'amélioration de l'humeur au cours d'une psychothérapie est significativement associée à l'auto-efficacité perçue sur les cognitions négatives. Cette auto-efficacité spécifique permet également d'identifier les sujets susceptibles de rechuter dans les 12 mois (Kavanagh et Wilson, 1989). L'auto-efficacité spécifique explique la dépression face à des événements témoignant d'un changement de vie majeur, comme par exemple l'accession à la parentalité (Olioff et Aboud, 1991), le passage à la retraite (Fretz *et al.,* 1989), ou encore l'avortement (Mueller et Major, 1989 ; Major *et al.,* 1990 ; Cozzarelli, 1993 ; Faure et Loxton, 2003).

L'auto-efficacité est également associée à des variables d'ajustement positif comme le bien-être (Barlow *et al*., 2002 ; Bandura *et al.,* 2003 ; Caprara, 2002), la régulation du stress, l'estime de soi, la condition physique, ou encore la rémission suite à une maladie (Bandura, 1997 ; Bisschop *et al.,* 2004 ; Kuijer et De Ridder, 2003)

Enfin, l'auto-efficacité est associée aux performances et à la persévérance dans un contexte scolaire (Multon *et al.,* 1991), professionnel (Stajkovic et Luthans, 1998) ou encore de compétitions sportives (Moritz *et al.,* 2000).

3.2.1.4. Quels sont les mécanismes en jeu ?

Initialement, Bandura (1977) proposait que l'altération de l'humeur résulte de la convergence entre, d'une part une faible attente de résultats, et d'autre part une faible attente d'efficacité. Cependant, il révise par la suite sa conception et suggère que la dépression survient lorsqu'une forte attente de résultat est combinée à une faible attente d'efficacité (Bandura, 1982, 1986). Autrement dit, lorsque la personne pense ne pas être (personnellement) capable d'obtenir un résultat qu'elle pense pourtant accessible (par autrui). Cette idée rejoint la proposition d'Abramson *et al.* (1978) de distinguer l'impuissance personnelle de l'impuissance universelle. Bandura suggère que cette combinaison explique l'émergence des affects dépressifs de deux manières, en altérant l'initiation et le maintien de l'action, et en altérant l'estime de soi.

3.2.1.4.1. Les stratégies de coping

Les personnes présentant un fort sentiment d'auto-efficacité perçoivent davantage les situations aversives comme des challenges, se sentent davantage capables d'y faire face, mettent plus facilement en œuvre certains comportements et persévèrent davantage dans leurs efforts. Knoll *et al.* (2005) suggèrent que l'auto-efficacité favorise l'emploi de stratégies de coping adaptées. Par exemple, Schulz et Mohamed (2004) montrent que l'auto-efficacité est positivement associée aux stratégies d'acceptation et de comparaison sociale positive chez des patients atteints d'un cancer, et que la comparaison sociale médiatise la relation entre l'auto-efficacité et la perception de potentiels bénéfices de la maladie.

Cependant, beaucoup d'études ont finalement considéré l'auto-efficacité comme une stratégie de coping, et étonnamment, peu les ont empiriquement mises en relation. Afin de tester cette idée, Schwarzer *et al*. (2005) rapportent une étude longitudinale conduite auprès de 130 patients, 1 mois, 6 mois et un an après une intervention chirurgicale pour une tumeur maligne. Ils soumettent aux participants une échelle d'auto-efficacité générale et une échelle évaluant des stratégies de coping jugées adaptatives (planification, humour, acceptation et accommodation). Les résultats suggèrent que (1) l'auto-efficacité est positivement associée aux quatre stratégies de coping, et cela à t1, t2 et t3, (2) les personnes présentant une faible auto-efficacité développent moins de coping actif et positif avec le temps, et (3) l'auto-

efficacité correspond bien à un antécédent des stratégies mises en place. Ces résultats supportent donc l'idée selon laquelle un fort sentiment d'auto-efficacité permet à l'individu de se projeter dans l'avenir avec confiance, en préservant son sentiment de contrôle de l'environnement, lui offrant ainsi une certaine flexibilité dans ses choix d'actions.

3.2.1.4.1. L'estime de soi

Plusieurs auteurs ont proposé que l'auto-efficacité contribue à l'explication de l'estime de soi (Maddux et Maier, 1995 ; Smith, 1989). Les études ont en effet généralement montré une association positive entre ces deux concepts (Devins *et al*., 1982 ; Eden et Kinnar, 1991 ; Woodruff et Cashman, 1993). Lightsey *et al.* (2006) ont récemment mis à l'épreuve l'hypothèse selon laquelle l'estime de soi jouerait un rôle médiateur dans la relation entre l'auto-efficacité et l'humeur dépressive. Dans deux études longitudinales, ces auteurs rapportent des résultats identiques allant dans ce sens : l'auto-efficacité au temps 1 explique significativement l'estime de soi au temps 2 (cinq à six semaines plus tard), et cela même après avoir contrôlé l'impact de l'estime de soi au temps 1. Les résultats suggèrent par ailleurs que seule l'estime de soi au temps 1 explique les affects négatifs au temps 2. Dans les deux études, l'estime de soi au temps 1 n'explique pas l'auto-efficacité au temps 2. Autrement dit, il semblerait que l'auto-efficacité ait un impact indirect sur l'humeur dépressive, de par son impact sur l'estime de soi.

3.2.2. Le locus de contrôle

3.2.2.1. Définition

Initialement développé par Rotter (1966, 1975), le concept de locus de contrôle fait référence à la croyance selon laquelle les événements futurs dépendront de facteurs internes ou externes à soi. Cette tendance dispositionnelle serait généralisée et stable dans le temps. Rotter considère le locus de contrôle comme une variable unidimensionnelle, bipolaire. Cependant, les études testant sa structure factorielle ont largement remis en question cette unidimensionnalité, le nombre de facteurs pouvant y varier de 1 à 9 (Bruchon-Schweitzer, 2002). Suite à ses recherches, Levenson a proposé dans les années 70 qu'une structure tridimensionnelle sous-tendrait le locus de contrôle. Notamment, elle propose que les dimensions d'internalité et d'externalité soient indépendantes et ne consistent pas en un continuum. D'autre part, elle suggère de distinguer l'externalité attribuée aux autres et à la chance. Cette structure factorielle a ensuite été largement confirmée dans les études ultérieures (Brosschot *et al.,* 1994).

3.2.2.2. L'évaluation du locus de contrôle

L'échelle du locus de contrôle tridimensionnel de Levenson (1974) comporte 24 items répartis dans 3 sous-échelles : l'internalité (I), l'externalité associée soit au pouvoir d'autrui (P), soit à la chance (C). Les items sont évalués sur une échelle de type Likert en 6 points (de 0 = pas du tout d'accord, à 5 = tout à fait d'accord(. Un score total est obtenu pour chaque sous-échelle en additionnant les réponses des sujets. Les deux sous-échelles d'externalité sont significativement associées (r = .56 dans l'étude de Brosschot *et al.,* 1994), et corrèlent également à la sous-échelle d'internalité (-.17 avec autrui, -.34 avec la chance, *op. cit.*). La consistance interne est satisfaisante, les coefficients alpha de Cronbach rapportés par Levenson étant de .64 (I), .77 (P) et .78 (C). La fidélité test-retest a été établie sur une période de 6 mois par Brosschot *et al*. (1994), qui rapportent des coefficients de .67 (I), .64 (P) et .66 (C).

3.2.2.3. Validité empirique

Les études réalisées sur l'impact du locus de contrôle, montre que la dépression est positivement associée aux deux échelles P et C de l'externalité, et négativement associée à l'internalité (Benassi *et al.,* 1988 ; Rosenbaum et Hadari, 1985 ; Loas *et al*., 1998 ; Clarke, 2004 ; Harrow *et al.,* 2009). Dans leur méta-analyse de 97 études, Benassi *et al*. (1988) rapportent des tailles d'effet significatives de l'ordre de .23[24] (*SD* = .15) avec l'échelle I, de .38 (*SD* = .17) avec l'échelle P entre l, et de .31 (*SD* = .17) avec l'échelle C. Récemment, Harrow *et al.* (2009) étudient la relation entre le locus de contrôle et la dépression auprès de patients souffrant de schizophrénie, d'autres troubles psychotiques et de dépression unipolaire. Leurs résultats suggèrent que l'externalité est positivement associée à la symptomatologie dépressive, et cela, quel que soit le diagnostic. Autrement dit, un locus externe accompagnerait la dépression, qu'elle soit primaire ou secondaire.

Les études révèlent des tendances similaires dans l'explication de l'émergence de l'anxiété. Il semblerait en effet que les internes soient moins anxieux et contrôlent mieux leurs réactions émotionnelles (Dubois, 1987). Récemment, Paquet (2006) confirme cette idée en trouvant que la dimension d'internalité est négativement associée à l'anxiété. Par ailleurs, la dimension d'externalité y est positivement associée. Par exemple, Asadi-Pooya *et al.* (2007) montrent que les patients épileptiques présentant un fort locus externe associé au pouvoir d'autrui dans le contrôle de leur santé, ont des scores d'anxiété plus élevés.

[24] Dans l'étude de Benassi *et al.* (1988), cette corrélation signifie qu'un plus grand manque d'internalité est associé à une plus grande dépression.

Par ailleurs, les recherches tendent à montrer que le bien-être subjectif est généralement associé négativement à l'externalité (DeNeve et Cooper, 1998) et positivement associé à l'internalité (Bishop *et al.,* 2003). Récemment, Christopher *et al.* (2009) ont montré que l'internalité était positivement associée aux affects positifs, et les deux sous-échelles d'externalité positivement associées aux affects négatifs.

Enfin, le locus semble associé à la réussite scolaire et professionnelle (Dubois, 1994 ; Landine et Stewart, 1998). Notamment, les internes seraient davantage persévérants, motivés et efficaces que les externes. Enfin, l'estime de soi est significativement associée aux trois dimensions du locus de contrôle. Dans l'étude de Brosschot *et al*. (1994), les corrélations sont de .36*** (I), -.29*** (P) et -.23** (C).

3.2.2.4. Quels sont les mécanismes en jeu ?

De manière générale, les études convergent et suggèrent que l'internalité a un impact bénéfique (Carver *et al*., 1989), et les deux dimensions d'externalité un impact néfaste (Krakow *et al*., 1999), sur le choix et l'utilisation de stratégies de coping.

Dans l'étude de Brosschot *et al*. (1994) par exemple, l'internalité est positivement associée aux stratégies de coping centrées sur le problème, et négativement associée à l'évitement. Les deux dimensions d'externalité sont négativement associées aux stratégies centrées sur le problème et positivement corrélées à l'évitement. La dimension externe 'autrui' est également positivement associée aux stratégies palliatives (fumer, boire de l'alcool, etc.) et négativement à la recherche de soutien social. Plus récemment, Chung *et al.* (2006) étudient l'ajustement de personnes souffrant d'un stress post-traumatique survenu suite à un trouble affectant la moelle épinière. Ils montrent qu'un locus de contrôle spécifique à la santé interne est négativement associé aux stratégies d'évitement et de rumination, et qu'un locus de contrôle de la santé externe lié au pouvoir d'autrui est positivement associé à la tendance à la rumination ainsi qu'aux problèmes de santé générale (somatisation, dysfonctionnement social, anxiété, dépression).

Certains auteurs se sont intéressés à la variabilité de cette relation en fonction des âges de la vie. Blanchard-Field et Irion (1988) notamment, montrent que l'âge modère la relation entre le locus de contrôle et le choix de stratégies de coping : l'internalité est positivement associée à l'évitement, aux réactions d'hostilité et à l'auto-blâme chez les jeunes, et négativement chez les adultes. L'externalité liée au pouvoir d'autrui est positivement associée à la planification de la résolution du problème et au contrôle de soi chez les adultes, et

négativement chez les jeunes. L'externalité liée à la chance est positivement associée à la prise de distance et au contrôle de soi chez les adultes, et négativement chez les jeunes.

3.3. Les croyances relatives à soi : l'estime de soi

3.3.1. Définition

Rosenberg (1965) définit l'estime de soi globale comme « *a positive or negative attitude toward a particular object, namely, the self* » (p. 30). Dumont *et al.* (2003), évoquent également « une auto-évaluation exprimant une autosatisfaction d'approbation et/ou de désapprobation quant à sa valeur personnelle » (p. 256). L'estime de soi est une variable très fréquemment rencontrée dans la littérature psychologique, et de nombreux auteurs l'ont introduite dans leurs modèles théoriques (Rosenberg, 1965 ; Brown et Harris, 1978 ; Harter, 1999). Brown et Harris (1978) par exemple, ont proposé que l'estime de soi soit une variable essentielle dans l'explication de la variabilité interindividuelle de l'ajustement face à l'occurrence d'événements de vie négatifs. Lorsque l'individu est amené à faire face à une situation négative, stressante, la perception qu'il a de lui-même détermine les stratégies de coping qu'il va alors déployer, et qui modèreront l'impact de la situation. L'estime de soi implique, d'après ces auteurs, un certain degré de confiance et une vision optimiste d'un avenir contrôlable.

3.3.2. Evaluation de l'estime de soi

3.3.2.1. Le Rosenberg Self-Esteem Scale

Le *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSE ; Rosenberg, 1965) est l'outil le plus fréquemment employé, du fait notamment de sa validité bien établie (Blascovich et Tomaka, 1991). Il comporte 10 items évalués sur une échelle en 4 points, allant de 1 = tout à fait d'accord à 4 = pas du tout d'accord. Après avoir inversé le codage des items 3-5-8-9-10, un score total d'estime de soi globale est obtenu en additionnant les réponses aux items. Le questionnaire présente une validité de construit ainsi qu'une fidélité temporelle satisfaisante (α = .85) (Silber et Tippett, 1965). Sa bonne consistance interne est également supportée. Dans une étude de grande ampleur, Schmitt et Allik (2005) rapportent un coefficient Alpha de Cronbach moyen de .81, obtenu sur un total de 16998 personnes réparties dans 53 pays. Cependant, et comme nous allons le voir, sa structure factorielle interroge aujourd'hui encore les chercheurs.

3.3.2.2. Dimensionnalité du concept

Les recherches portant sur la perception de soi utilisent généralement un score global d'estime de soi considérée comme une dimension unipolaire (Vallières et Vallerand, 1990). Néanmoins, Owens (1993) a interrogé la structure factorielle de l'estime de soi, et montré qu'une structure bidimensionnelle satisfait mieux les données qu'une structure bipolaire. Il s'agirait donc selon lui de distinguer deux dimensions, l'une positive et l'autre négative : « *a self-deprecation subscale and a self-confidence subscale* » (Owens, 1993 ; p. 288). L'étude de Cheng et Furnham (2003) a notamment pour objectif de tester cette hypothèse. Les auteurs montrent que, bien que le bonheur soit uniquement associé à la dimension positive, la dépression reste expliquée par les dimensions négatives et positives de l'estime de soi. Cependant leurs résultats montrent également que le score global d'estime de soi reste un meilleur prédicateur du bonheur et de la dépression. Cela suggère donc que le score global intégrant les sous-échelles d'estime de soi positive et négative reste pertinent dans l'étude de l'humeur dépressive. Ainsi, la littérature rapporte des résultats supportant aussi bien l'une et l'autre hypothèse.

Très récemment cependant, Marsh *et al.* (2010) ont mis à l'épreuve 4 hypothèses alternatives auprès d'adolescents de sexe masculin. Les deux premières postulent respectivement l'existence d'une structure à un et deux facteurs. La troisième soutient l'hypothèse d'une structure unifactorielle et l'effet d'un biais méthodologique temporaire issu de la formulation positive *vs* négative des items. Enfin, la dernière soutient également l'hypothèse d'une structure unifactorielle, mais sous-tendue par deux styles de réponse latents et stables dans le temps. La figure 7 présente le modèle présentant les meilleurs indices d'ajustement, c'est-à-dire celui qui représente la dernière hypothèse. D'après ces résultats, l'échelle de l'estime de soi qui combine à la fois des items formulés positivement et négativement, évaluerait bien un seul facteur latent. Toutefois, les réponses à ces deux sous-échelles seraient fonction de styles de réponse stables dans le temps ('Pos' et 'Neg' dans la figure 7), et non pas d'artefacts méthodologiques. De plus amples recherches sont cependant nécessaires pour définir les facteurs de personnalité susceptibles d'orienter les styles de réponses (Quilty *et al.,* 2006), et préciser les recommandations quant à l'utilisation de cette échelle, ainsi que des échelles présentant des formulations positives et négatives de façon plus générale.

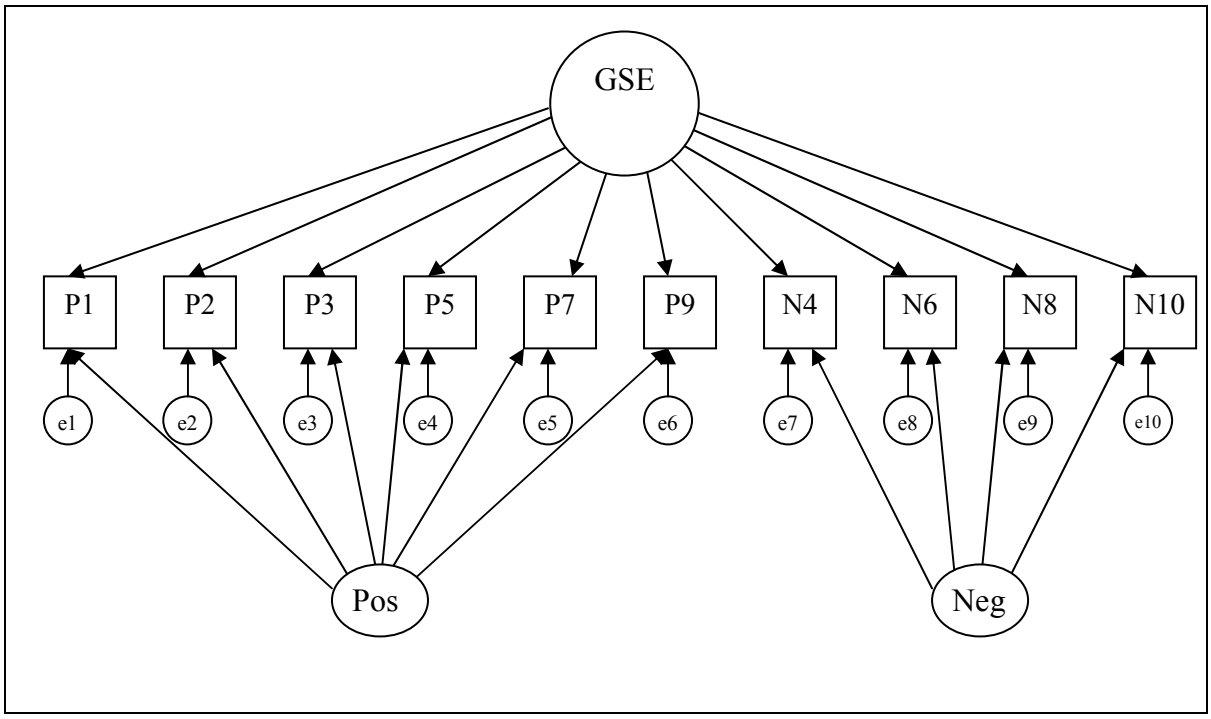


Figure 7. Modèle factoriel de l'estime de soi (extrait de Marsh *et al*., 2010).

Notes. Les analyses ont été effectuées sur un questionnaire dérivé de l'échelle de Rosenberg (1965), comportant 10 items dont 6 formulés positivement (P1, P2, etc.) et 4 négativement (N4, N6, etc.). GSE : General Self-Esteem.

3.3.3. Validité empirique

3.3.3.1. Association à l'ajustement psychologique

Il semble aujourd'hui largement démontré que l'estime de soi est associée à la dépression. L'association négative entre l'estime de soi et la dépression a en effet été confirmée dans de nombreuses recherches empiriques (Abela et Skitch, 2007 ; Cheng et Furnham, 2003 ; Lazaratou *et al.,* 2007 ; Schmitz *et al*., 2003 ; Symister et Friend, 2003 ; Talaei et Ardani, 2010). En outre, les études longitudinales supportent généralement l'idée selon laquelle l'estime de soi prédit l'humeur dépressive (Orth *et al.,* 2008 ; Orth *et al.,* 2009b ; Ormel *et al.,* 2004 ; Southall et Roberts, 2002). Orth *et al*. (2009b) par exemple, étudient la relation entre l'estime de soi et la dépression avec une perspective 'vie entière' (*lifespan*). Ils montrent par le biais de plusieurs études longitudinales que l'estime de soi prédit la dépression ultérieure, et non l'inverse. En effet, la dépression ne prédit pas l'estime de soi ultérieure, quel que soit l'âge de la vie. Comme nous l'avons exposé au début de ce chapitre, des études supportent toutefois l'effet inverse, c'est-à-dire un effet délétère de la dépression sur l'estime de soi (Coyne et Calarco, 1995 ; Coyne *et al*., 1998 ; Shahar et Davidson, 2003).

L'estime de soi est par ailleurs positivement associée au bien-être (Cheng et Furnham, 2003 ; Diener, 1984 ; Diener *et al*., 1999 ; Lucas *et al.,* 1996). Cependant Diener et Diener (1995) nuancent cette relation en montrant qu'elle reste essentiellement valable dans les sociétés occidentales. D'autres cultures plus collectivistes favoriseraient en effet davantage l'épanouissement du groupe que l'épanouissement personnel.

Les tendances précédemment présentées ont été observées en étudiant le niveau global d'estime de soi. Plusieurs auteurs ont cependant proposé que la stabilité de l'estime de soi soit un facteur plus important dans l'explication de l'ajustement psychologique (Auerbach *et al.,* 2010 ; Crocker et Wolfe, 2001 ; Franck et DeRaedt, 2007 ; Kernis, 2005). L'étude d'Auerbach *et al.* (2010) par exemple, montre que la variabilité de l'estime de soi médiatise l'effet des événements de vie négatifs sur l'humeur dépressive. Plusieurs auteurs continuent cependant à défendre l'utilisation du niveau global d'estime de soi, dont l'effet resterait plus prédictif de l'humeur (Amorose, 2000 ; Lightsey *et al.,* 2006).

3.3.3.2. Un modèle diathèse-stress

Certaines études suggèrent que l'estime de soi interagit avec l'occurrence de situations négatives pour expliquer les affects ultérieurs (Abela, 2002 ; Fernandez *et al*., 1998 ; Metalsky *et al*., 1993 ; Ralph et Mineka, 1998). Abela (2002) par exemple, étudie l'ajustement psychologique d'étudiants attendant la décision d'admission de leur université. Les résultats suggèrent qu'une faible estime de soi interagit avec un style attributionnel et cognitif pessimiste pour expliquer l'émergence d'affects dépressifs chez les étudiants dont l'admission a été refusée. En revanche, aucun effet n'a été constaté chez les étudiants ayant obtenu une réponse positive. Mais ce résultat n'est pas toujours répliqué. Orth *et al*. (2009a) par exemple, conduisent trois études longitudinales dans lesquelles, à chaque fois, l'estime de soi prédit l'humeur dépressive ultérieure. Cependant, ils ne parviennent pas à montrer d'effet d'interaction : l'estime de soi et les événements de vie semblent être deux facteurs de risque indépendants.

3.3.4. Un rôle premier dans l'émergence de l'humeur dépressive?

Plusieurs théories ont mis en avant l'idée selon laquelle les cognitions et les croyances déterminaient l'évaluation globale de soi (Beck *et al*., 1979 ; Ellis *et al.,* 1997). Cette idée rejoint celle de Dunning *et al.* (1995). Ces auteurs discutent un certain nombre de stratégies mises en place par les personnes, dans l'objectif de développer et de maintenir une certaine estime d'eux-mêmes. Ils se réfèrent notamment aux travaux de Kunda (1987),

qui soulignent selon eux l'existence de certaines motivations individuelles à maintenir un sentiment d'auto-efficacité : « *optimistic stances toward their ability to achieve positive outcome* », ou à préserver un style attributionnel optimiste : « *they generate causal theories linking personal attributes to positive outcomes* » (dans Dunning *et al*., 1995 ; p. 59). Selon Dunning *et al*. (*op. cit.*), ces tendances ont pour objectif de préserver l'estime de soi.

Par exemple, certaines études testant l'effet de certaines variables de personnalité sur l'humeur dépressive, montrent que leur effet disparait lorsque l'impact de l'estime de soi est contrôlé. C'est le cas notamment de l'effet de l'optimisme dispositionnel. Dans leur étude portant sur la dépression du post-partum, Fontaine et Jones (1997) mettent en avant deux corrélats de ce trouble, l'optimisme et l'estime de soi. Cependant les analyses de corrélations partielles suggèrent que seule l'estime de soi explique significativement la dépression.

Récemment, Cheng et Furnham (2003) ont obtenu des conclusions similaires avec l'extraversion et le névrosisme. Leur étude met en compétition le pouvoir prédictif de plusieurs variables de personnalité dans l'explication du bonheur et de l'humeur dépressive. Leurs résultats montrent que l'estime de soi a un effet direct positif sur le bonheur et négatif sur la dépression. En outre, ils suggèrent que la relation entre l'extraversion et le névrosisme d'une part, et le bonheur et l'humeur dépressive d'autre part, est médiatisée par l'estime de soi.

Au-delà de la question du statut d'antécédent ou de conséquence de l'estime de soi par rapport à l'humeur dépressive, la question de sa proximité avec cette dernière entretient donc un autre débat.

3.4. Conclusion : Persistance d'un débat sur l'organisation structurale des relations entre la personnalité et l'humeur dépressive

Dans le champ des études portant sur l'ajustement psychologique, et plus particulièrement de l'humeur dépressive, plusieurs facteurs de personnalité ont été identifiés : l'optimisme dispositionnel, le sentiment d'auto-efficacité, le locus de contrôle ou encore l'estime de soi. Il semble aujourd'hui bien acquis que ces dimensions entretiennent chacune une relation avec l'humeur dépressive. Cependant, la nature de cette relation reste mal connue. Si les données appuient généralement leur rôle explicatif dans l'émergence de l'humeur dépressive, ce statut explicatif est remis en question par les modèles de type '*scar*' (Klein *et al.,* 2011), suggérant que ces dispositions individuelles puissent également être modifiées par le vécu d'un épisode dépressif. Quelles stratégies mettre en place pour faire reculer la symptomatologie dépressive ? Le thérapeute doit-il travailler à la restauration

d'une image de soi positive ainsi que d'un certain optimisme envers le futur ou doit-il se centrer sur d'autres stratégies et considérer que la modification de ces croyances biaisées en découlera alors ? Cette question revêt des enjeux particulièrement importants, tant sur le plan de la recherche scientifique que sur le plan des interventions thérapeutiques. Comme le suggèrent certains chercheurs cependant, nous pouvons nous attendre à ce que les deux mouvements 'personnalité → humeur' et 'humeur → personnalité' se combinent et s'influencent mutuellement (Clark, 2005).

Par ailleurs, l'organisation structurale de ces dimensions entre elles constitue également un point d'interrogation. Certains chercheurs ont en effet suggéré que certaines dimensions ont un rôle premier dans l'explication des affects, ou tout du moins une relation plus proximale. En particulier, l'estime de soi pourrait être une dimension déterminante, médiatrice de l'effet des autres dimensions de personnalité. Là encore, cette question est très liée à celle des interventions thérapeutiques. Quelles sont les cibles des interventions, et par quels mécanismes peut-on y accéder ? La coexistence même de plusieurs thérapies, généralement mises en compétition, témoigne du flou encadrant aujourd'hui encore les pratiques. L'ensemble de ces questionnements reste donc encore à soumettre à l'épreuve des faits.

CHAPITRE IV : PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS GENERAUX

Au cours des précédents chapitres, nous avons évoqué différentes conceptions relatives aux facteurs étiologiques de l'humeur dépressive. Ces conceptions mettent en avant des caractéristiques relativement stables de la personne, mais également des processus transactionnels, relatifs à des contextes spécifiques. Toutefois, ces théories conservent un statut hypothétique puisque les causes réelles des ruptures dépressives ne sont à ce jour toujours pas clairement identifiées, la typologie des facteurs étant certainement très variée. Pourtant, la dépression touche chaque année un grand nombre de personnes et représente pour nos sociétés un enjeu de santé particulièrement important.

1. RASSEMBLER, OPERATIONNALISER ET ORGANISER LES COGNITIONS

Un examen de la littérature indique un nombre remarquable d'études. Toutefois, les avancées de la recherche font également état de nombreuses zones d'ombre. C'est notamment le cas des cognitions spécifiques, les études rapportant tantôt des résultats appuyant les théories sous-jacentes, tantôt des résultats les invalidant. De fréquentes inconsistances de résultats sont en effet rapportées dans des études portant aussi bien sur les attributions causales d'internalité, de stabilité, de globalité et de contrôlabilité, que sur l'auto-blâme, à tel point que des phénomènes émergent, tel que celui du 'paradoxe de la dépression'. Pourtant, des propositions ont été formulées dans l'optique d'améliorer la compréhension de leur fonctionnement. D'une part, certains concepts seraient confondus, tant théoriquement que méthodologiquement. Certains auteurs ont proposé que ce soit le cas de l'attribution causale interne, du contrôle de la cause, de la responsabilité de la situation ou encore de l'auto-blâme. Tandis que leurs effets supposés sont susceptibles de différer, ces dimensions seraient fréquemment utilisées de manière interchangeable. D'autre part, il pourrait être bénéfique de distinguer le focus des attributions, en fonction qu'elles concernent la cause ou les conséquences de la situation rencontrée. Les cognitions dirigées envers les conséquences, et notamment la perception de contrôle, auraient un effet prépondérant sur l'ajustement psychologique. Nous pensons que les inconsistances relevées au sein des études portant sur les cognitions sont liées à l'incomplétude de leur théorie sous-jacente, et notamment à l'imprécision des processus impliqués dans leur fonctionnement. Le premier besoin que nous soulevons consiste donc en l'aménagement de ces propositions, par l'intégration de cognitions distinctes au sein d'un même modèle explicatif de l'humeur dépressive.

2. UNE MISE EN PERSPECTIVE MULTIDIMENSIONNELLE

La compréhension du fonctionnement des cognitions ne se limite cependant pas à leur strict examen. Il nous semble en effet tout autant important de les mettre en perspective avec d'autres dimensions, et d'interroger de potentiels recoupements. Au début des années 90, Segal et Dobson (1992) soulignaient déjà le manque de ce type d'information :

> « *Many obstacles have not been overcome largely because the current cognitive models of depression (i.e., those developed by Beck; Abramson, Metalsky, and Alloy; Rehm; etc.) have never been compellingly compared to one another… Another important step would be to jettison redundant aspects of each theory in hopes of constructing a more unified model drawing on distinct aspects of each model*. » (p. 222)

Or, la littérature portant sur l'humeur dépressive regorge de dimensions potentiellement explicatives et ne nous laisse que l'embarras du choix. Plusieurs tentatives d'intégration ont déjà été amorcées, mais ont parfois relayé les attributions causales au second plan. C'est par exemple le cas lorsqu'elles sont mises en perspective avec les attitudes dysfonctionnelles (Beck, 1987). Nous inscrivant dans la continuité de cette démarche, nous avons souhaité étudier les effets conjoints des cognitions avec d'autres dimensions, afin d'observer la robustesse de leur pouvoir explicatif de l'humeur dépressive. Parmi les dimensions supposées jouer un rôle dans la détresse psychologique, nous avons choisi d'intégrer les écarts entre les sois, et cela pour plusieurs raisons. D'une part, en parcourant la littérature, nous avons été frappés de voir que ces concepts, présentant pourtant un intérêt thérapeutique certain, suscitaient aussi peu de recherches. D'autre part, nous avons été d'autant plus surpris de l'absence des contributions françaises dans ce domaine. Un facteur entretenant certainement cet état de fait : il n'existe à notre connaissance aucun outil d'évaluation des écarts entre les sois en langue française.

La littérature portant sur les écarts entre les sois n'est pas non plus exempte d'inconsistances. Les recherches rapportent des données divergentes concernant aussi bien les écarts aux sois idéal, moral que non désiré. L'évaluation même des écarts entre les sois est évoquée comme une cause possible de ces données, les choix de son format ne faisant toujours pas consensus. Récemment cependant, Hardin et Lakin (2009) ont développé un questionnaire intégratif répondant aux diverses critiques et offrant ainsi des perspectives de résultats plus unifiés. Aussi, l'adaptation d'une version française de cet outil présente un

double intérêt : ouvrir le champ des recherches sur les écarts entre les sois à des populations francophones, et dans le cadre de notre travail, étudier le co-fonctionnement de ces dimensions avec les cognitions spécifiques. A notre connaissance, cet exercice n'a en effet jamais été entrepris.

3. MISE EN PLACE DE SIX ETUDES EMPIRIQUES

Le présent travail de recherche consiste en deux objectifs principaux. D'une part, nous cherchons à expliquer certaines inconsistances présentes au sein des modèles cognitifs, en intégrant des données issues d'études pour la plupart relativement récentes. D'autre part, il s'agit d'étudier les effets conjoints de plusieurs dimensions au sein d'un modèle intégratif explicatif de l'humeur dépressive. Trois chapitres empiriques composent cette partie.

Notre premier chapitre empirique comporte deux études se centrant principalement sur un ensemble de cognitions spécifiques dont nous proposons une organisation structurale, et pour certaines, une opérationnalisation possible. En particulier, la première étude vise à mettre en lumière un mécanisme bénéfique reliant les attributions causales à l'humeur dépressive par l'intermédiaire de la perception de contrôle. La seconde étude se veut plus intégrative, et explore le double impact des attributions causales, par l'intermédiaire de ce mécanisme positif et d'un processus plus délétère impliquant la tendance à l'auto-blâme.

Notre second chapitre empirique comporte 3 études et vise à explorer la cooccurrence des écarts entre les sois et des cognitions spécifiques dans l'humeur dépressive. Plus précisément, la première étude consiste à adapter et valider une version française de l'échelle des écarts entre les sois. La seconde étude met à l'épreuve des faits le modèle intégrant à la fois les cognitions spécifiques et les écarts entre les sois, sous l'angle rassembleur de l'estime de soi. Les résultats obtenus dans les deux dernières études impliquant les écarts entre les sois, feront l'objet d'analyses *post-hoc* destinées à éclairer certaines données inattendues. En particulier, nous interrogeons l'impact de variables démographiques ainsi que du contexte individuel *versus* social dans l'évaluation de soi.

Enfin, un troisième et dernier chapitre empirique adressera la question du sens des relations causales entre des facteurs psychologiques et l'humeur dépressive. Une étude testera trois types de modèles, '*continuum*', '*vulnerability*' et '*scar*', représentant les hypothèses classiquement retrouvées au sein de la littérature (Klein *et al.,* 2011). Sur la base de ces hypothèses, cinq modèles structuraux seront mis en compétition. Bien qu'elle

ne corresponde pas à un de nos objectifs initiaux, cette étude est l'occasion de relativiser nos résultats et plus généralement, les études psychologiques, en les replaçant dans un débat loin d'être anecdotique. Il s'agit en particulier d'interroger la pertinence à défendre une conception unidirectionnelle de ces relations.

4. ASPECTS METHODOLOGIQUES

Notre travail s'inscrit principalement dans une démarche confirmatoire, tout en s'enrichissant d'aspects davantage exploratoires. Les traitements statistiques choisis ont été entièrement réalisés à l'aide de deux logiciels statistiques : SPSS© 9.0 et AMOS© 18. Ce dernier logiciel permet la mise à l'épreuve de modèles structuraux avec ou sans variables latentes. Cette technique présente un grand intérêt dans la mesure où elle permet trois démarches différentes (Jöreskog et Sörbom, 1998). La première correspond à une démarche confirmatoire stricte, au cours de laquelle le chercheur teste l'adéquation de son modèle. La seconde correspond à la mise en compétition de modèles différents. La comparaison de leurs indices d'ajustement respectifs permet (idéalement) de n'en retenir qu'un. Enfin, une troisième démarche consiste à utiliser les indices de modifications proposés par le logiciel, afin de générer des modèles. Cette dernière approche permet donc de tester un modèle initial et de l'améliorer jusqu'à ce qu'il présente un ajustement satisfaisant, sous réserve que ces modifications présentent une pertinence théorique. Au cours de notre travail, nous recourrons alternativement à ces trois démarches en fonction des besoins liés à nos objectifs.

En raison des difficultés liées à la constitution d'échantillons de personnes souffrant de dépression clinique, nos études ont été réalisées auprès de personnes tout-venant, principalement d'étudiants. C'est la raison pour laquelle nos études traitent davantage de 'l'humeur' dépressive, que de la dépression au sens psychiatrique du terme. Ce choix ne semble cependant pas affecter la validité de nos études. Vredenburg *et al*. (1993) ne trouvent en effet aucun support au rejet des populations estudiantines dans l'étude de la dépression. Les résultats obtenus dans ces deux groupes sont relativement similaires. En outre, Vredenburg *et al*. (1993) présentent le recourt aux étudiants comme avantageux dans certains cas. Les devis corrélationnels tels que les nôtres, incluent un grand nombre de variables dont certains traitements statistiques requièrent un minimum d'observations. Aussi, la population étudiante nous a permis d'accéder à plusieurs centaines de participants à travers nos différentes études.

SECONDE PARTIE : ÉTUDES EMPIRIQUES

CHAPITRE I : MESURE ET ROLE DES COGNITIONS SPECIFIQUES DANS L'EMERGENCE DE L'HUMEUR DEPRESSIVE

1. *ÉTUDE 1 : TEST D'UN MECANISME RELIANT LES ATTRIBUTIONS CAUSALES A L'HUMEUR DEPRESSIVE : LA PERCEPTION DE SOI A L'EPREUVE DU CONTROLE PERÇU*

1.1. Objectifs

La théorie de l'impuissance acquise (Abramson *et al.,* 1978) est aujourd'hui encore citée comme un modèle de référence dans l'explication de la dépression. De par son pouvoir prédictif, elle a généré un nombre important de recherches destinées à valider et généraliser ses hypothèses. Néanmoins, les inconsistances de résultats souvent rencontrées amènent à nuancer son potentiel. Il semble acquis aujourd'hui que les attributions causales identifiées par Abramson *et al.* (1978) jouent un rôle dans l'émergence des affects. Mais les mécanismes par lesquels s'effectue cette influence ont été peu investis et restent encore mal connus. Par ailleurs, les effets des attributions internes, stables et globales ont généralement été considérés comme négatifs car perturbant l'ajustement comportemental et psychologique.

Pourtant, plusieurs auteurs ont initialement proposé que le processus attributionnel avait pour objectif de donner du sens à l'environnement, et de restaurer un certain degré de contrôle sur lui (Kelley, 1971 ; Wortman, 1976). Cette tendance semble d'autant confirmée qu'elle se manifeste davantage dans des situations aversives stressantes (Taylor *et al*., 1984 ; Janoff-Bulman et Wortman, 1977) ainsi que dans la dépression (Weary *et al*., 1993 ; Yost et Weary, 1996). Ce regain de contrôle permettrait d'entrevoir un avenir plus compréhensible et prévisible. Récemment, Keinan et Sivan (2001) ont montré qu'en situation de stress, les personnes présentant un fort désir de contrôle produisaient davantage d'attributions causales que les personnes ayant un faible désir de contrôle. Paradoxalement, peu d'études ont inclus la notion de contrôle dans leur investigation des attributions causales. On a toutefois observé ce concept, mais davantage dans un rôle lui aussi causal, à savoir le contrôle 'passé' portant sur la cause de la situation rencontrée (Weiner, 1985, 1986 ; Frazier *et al.,* 2002).

Pourtant, la perception de contrôle présent apparait comme une variable déterminante de l'ajustement, plus puissante même que les attributions causales (Amirkhan, 1998 ; Frazier, 2003 ; Frazier *et al.,* 2004 ; Karuza *et al.,* 1990). Beaucoup de recherches ont commencé à l'investir, notamment dans le domaine de la santé, dans l'ajustement face à la

maladie par exemple (Jensen *et al.,* 2001 ; Jensen *et al*., 2007 ; Manne et Glassman, 2000). Récemment, Cousson-Gélie *et al*. (2005) ont étudié l'impact du contrôle présent perçu et de l'attribution causale interne sur la qualité de vie de patientes atteintes d'un cancer du sein. Les résultats montrent que l'attribution causale interne est positivement associée aux stratégies de coping centrées sur l'émotion et sur le problème, ainsi qu'à une anxiété trait et état élevée, et à une insatisfaction corporelle. Le contrôle perçu est positivement associé aux stratégies de coping centrées sur l'émotion et sur le problème. Les auteurs en concluent que l'attribution causale interne est associée à un mauvais ajustement psychologique. Cette étude soulève deux interrogations. La première concerne la relation entre l'attribution causale et le contrôle perçu. Cette recherche comme très peu à notre connaissance, ne teste pas de relation entre ces deux variables. D'autre part, bien que ce genre de résultat ait déjà été trouvé (Roesch et Weiner, 2001 ; Wolf *et al*., 1995), l'association entre l'attribution causale interne et l'utilisation de stratégies de coping positives ne semblent pas interpeller les auteurs. Ces résultats soulèvent pourtant à notre sens une autre lecture : l'attribution causale interne et le contrôle perçu sont toutes deux positivement associées au coping actif. Selon nous, ces relations prennent tout leur sens.

La question du caractère adaptatif ou non des attributions causales est posée. S'il est envisageable que ces attributions aient un impact positif sur le contrôle perçu, peut-on envisager que ces attributions puissent avoir un impact indirect positif sur l'ajustement émotionnel ? En mettant à l'épreuve une séquence explicative bénéfique des attributions causales, nous souhaitons également en comprendre le processus. En particulier, il nous semble légitime d'envisager que cet impact sur le contrôle perçu ait un effet bénéfique sur l'humeur en augmentant le sentiment d'auto-efficacité et l'estime de soi de la personne.

L'association entre le contrôle perçu et l'auto-efficacité a déjà été mise en évidence dans différents champs, comme par exemple le sevrage tabagique (Martinez *et al.,* 2010), les comportements alimentaires (Verlhiac *et al.,* 2006), les comportements de contestation (Parker, 1993) ou encore la tolérance à la douleur (Litt, 1988). Généralement mises en compétition dans l'explication des comportements ou des affects, la nature exacte de leur relation est elle aussi mal connue. Tandis que le sentiment d'auto-efficacité serait une croyance générale de l'individu (Bandura, 1977), le contrôle perçu correspondrait davantage à une cognition transitoire et spécifique à un contexte particulier (Skinner, 1995). Elle résulterait de la transaction entre un individu et son environnement (Lazarus et Folkman, 1984). Ainsi, il apparait légitime d'envisager que le sentiment d'auto-efficacité favorise la perception de contrôle dans certaines situations aversives. En effet, si l'on se réfère au

modèle transactionnel du stress (Larazus et Folkman, 1984), l'ajustement à une situation stressante nécessite une phase d'évaluation, qui déterminera ensuite les stratégies de coping adoptées. Cette phase d'évaluation se déroule en deux temps. La première, l'évaluation primaire, consiste notamment à évaluer les caractéristiques de la situation. La seconde, l'évaluation secondaire, consiste pour l'individu à évaluer ses ressources personnelles et sociales disponibles pour y faire face. Ainsi, l'auto-efficacité fait partie de ces ressources personnelles et devrait renforcer le degré de contrôle personnel. A l'inverse, nous pouvons imaginer que le contrôle perçu peut à son tour renforcer le sentiment d'auto-efficacité. Ce dernier, comme beaucoup de croyances individuelles, est supposé se construire et se renforcer par l'expérience. Par conséquent, l'expérience de contrôle personnel pourrait venir consolider cette croyance par une boucle de rétroaction (Trope *et al.,* 2003). Notons que notre objectif ici n'est pas de tester un lien de causalité[25] strict et unique, mais bien de tester un mécanisme d'action potentiel.

Rappelons que dans cette étude, nous interrogeons la relation entre les attributions causales et le contrôle perçu d'une part, et la dépression d'autre part, sous l'angle de mécanismes spécifiques que sont l'auto-efficacité et l'estime de soi. Plutôt que de soumettre ces deux potentiels médiateurs de manière indépendante, nous souhaitons là encore tester une influence possible. Plusieurs théories ont avancé l'idée selon laquelle les croyances que l'individu se construit de par ses expériences influencent la perception générale qu'il a de lui-même (Beck *et al.,* 1979 ; Ellis *et al.,* 1997). Certains ont étendu cette idée à la croyance en son efficacité personnelle (Smith, 1989). Cette idée a récemment été testée, pour la première fois à notre connaissance, par Lightsey *et al.* (2006). Ces auteurs ont mené deux études longitudinales dans lesquelles ils montrent que (1) l'auto-efficacité au temps 1 explique significativement l'estime de soi au temps 2, même après avoir contrôlé l'impact de l'estime de soi au temps 1, (2) seule l'estime de soi au temps 1 explique les affects négatifs au temps 2. Autrement dit, il semblerait que l'auto-efficacité ait un impact indirect sur l'humeur dépressive, de par son impact sur l'estime de soi.

Les objectifs de cette première recherche sont donc multiples :

(1) D'une part, nous souhaitons tester l'impact des attributions causales sur la perception de contrôle. En particulier, nous nous attendons à ce que des attributions internes et instables favorisent la perception de contrôle. Cette hypothèse s'appuie

[25] Notre protocole étant ici corrélationnel, nous avons bien conscience qu'aucun lien de causalité ne peut en être inféré, et qu'il correspond davantage à un postulat.

aussi bien sur des propositions théoriques (Kelley, 1971 ; Weiner, 1985, 1986), que sur des données empiriques associant ces attributions à des stratégies de coping actives (Cousson-Gélie *et al*., 2005 ; Roesch et Weiner, 2001 ; Wolf *et al.,* 1995). L'effet de l'attribution causale de globalité est ici exploratoire.

(2) D'autre part, nous mettons à l'épreuve un mécanisme reliant ces attributions à l'humeur dépressive. En particulier, nous cherchons à savoir si ces attributions ont un effet indirect significatif sur l'auto-efficacité et l'estime de soi.

(3) Enfin, nous cherchons à confirmer les résultats de Lightsey *et al.* (2006) en testant l'effet médiateur de l'estime de soi sur la relation entre l'auto-efficacité et la dépression.

La figure 1 présente ce modèle qui fait l'hypothèse selon laquelle les attributions causales d'internalité, de stabilité et de globalité sont des variables exogènes intercorrélées, dont l'effet sur la dépression n'est pas direct, mais médiatisé par le contrôle perçu. En particulier, nous nous attendons à ce que des attributions interne et instable aient un effet positif sur le contrôle perçu. Nous émettons également l'hypothèse selon laquelle le contrôle perçu a un effet positif sur le sentiment d'auto-efficacité, qui à son tour a un effet positif sur l'estime de soi. Nous nous attendons donc à ce que le contrôle perçu et le sentiment d'auto-efficacité aient un effet négatif indirect sur la dépression, et que l'effet de l'estime de soi soit négatif et direct. L'âge et le sexe ont été introduits comme variables exogènes de contrôle.

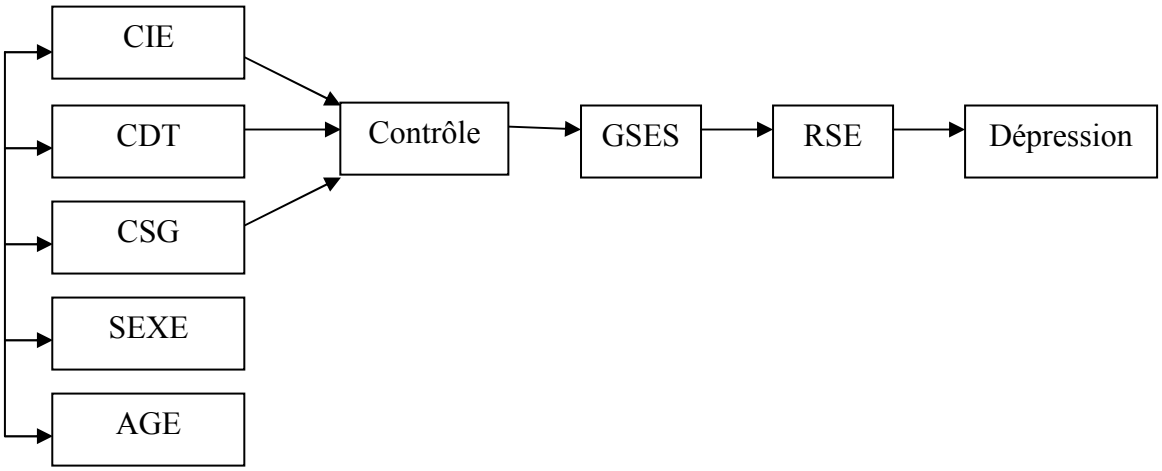


Figure 1. Modèle en pistes causales

Notes. CIE : attribution causale d'internalité ; CDT : attribution causale de stabilité ; CSG : attribution causale de globalité ; GSES : sentiment d'auto-efficacité ; RSE : estime de soi

1.2. Méthode

1.2.1. Participants

L'échantillon de cette étude est constitué de 111 personnes (54 femmes, 57 hommes) dont l'âge varie de 18 à 60 ans (moyenne = 26,90 ans ; écart-type = 9,72). La majorité des participants est célibataire (80,2%), 17,1% sont mariés, et 2,7% sont divorcés, séparés ou veufs. Ils suivent ou ont suivi pour la plupart des études supérieures (74,8%), 13,5% ont le baccalauréat, et 11,7% ont un niveau inférieur au baccalauréat (cf. questions en annexe 9).

Afin de promouvoir la diffusion de l'étude, deux formats du questionnaire ont été proposés : un format papier-crayon et un format informatisé. Cette procédure nous a permis de recueillir des réponses provenant d'une population tout-venant, d'âge et de situation socioprofessionnelle variés. Les personnes rencontrées sont en effet salariées (53,2%), étudiantes (35,1%) ou à la recherche d'un emploi (11,7%). Elles ont été informées de l'anonymat et de la confidentialité de leurs réponses, et se sont vu offrir la possibilité de contacter l'expérimentateur afin d'obtenir les résultats de la recherche.

1.2.2. Matériel et procédure

Dans cette étude, nous avons demandé aux participants de compléter les échelles mesurant les construits suivants :

- Le style attributionnel : le questionnaire des styles attributionnels (ASQ ; Seligman et *al*., 1979 ; Metalsky *et al.,* 1987) dont la traduction française a été effectuée par Swendsen et Blatier (1998) (annexe 1), a été utilisé pour évaluer trois attributions causales : interne *vs* externe (α = .43), globale *vs* spécifique (α = .68), durable *vs* temporaire (α = .74). Il s'agit d'un questionnaire proposant 12 situations négatives dont le participant évalue les trois dimensions causales à partir d'une échelle de Likert en 7 points. Pour chaque attribution, un score est obtenu en calculant la moyenne des réponses aux 12 situations. Un score élevé à l'échelle d'internalité signifie que le sujet attribue la situation à une cause interne. De même, un score élevé à l'échelle de stabilité signifie que le sujet attribue la situation à une cause durable. Enfin, un score élevé à l'échelle de globalité signifie que le sujet attribue la situation à une cause globale.

- Le contrôle personnel : nous avons complété le questionnaire des styles attributionnels en ajoutant aux 3 attributions précédentes 1 item mesurant le contrôle personnel sur la situation (« Quel contrôle pensez-vous avoir personnellement sur cette situation ? », annexe 2). Afin d'uniformiser le questionnaire, cette dimension est également évaluée sur une échelle de Likert en 7 points. Un score global est obtenu en calculant la moyenne des réponses aux 12 situations. Un score élevé signifie que le sujet perçoit un fort degré de contrôle personnel. Nous avons obtenu un coefficient alpha de Cronbach de .61 pour cet item.
- L'auto-efficacité : l'échelle d'auto-efficacité (GSES ; Schwarzer et Jerusalem, 1995) est composée de 10 items, évalués sur une échelle de type Likert en 4 points (allant de 0 « pas du tout vrai » à 3 « totalement vrai »). Le score varie de 0 à 30, un score élevé étant indicatif d'un fort sentiment d'auto-efficacité. La version française utilisée est celle de Dumont *et al.* (Dumont *et al.,* 2000 ; Dumont *et al.,* 2003) (annexe 3). La consistance interne de l'échelle est de .78 pour nos participants.
- L'estime de soi : le questionnaire d'estime de soi (RSE ; Rosenberg, 1965) est composé de 10 items évalués sur une échelle de type Likert en 4 points (allant de 0 « tout à fait en désaccord » à 3 « tout à fait en accord »). Le codage des items 3, 5, 8, 9 et 10 est inversé. Le score varie de 0 à 30, un score élevé témoignant d'une forte estime de soi. Nous avons utilisé la version française de Vallières et Vallerand (1990) (annexe 4). Dans la présente étude, le coefficient alpha de Cronbach de l'échelle est de .79.
- La dépression : nous avons utilisé la dernière version révisée du *Beck Depression Inventory* (BDI-II ; Beck *et al*., 1996). L'échelle est composée de 21 items évalués sur une échelle de 0 à 3, et un score global est obtenu en additionnant les 21 réponses. Plus le score augmente, plus le degré de dépression est élevé. En fonction du score, l'échelle indique une absence de dépression (0-11), une dépression légère (12-19), une dépression modérée (20-27) et une dépression sévère (> 27). Nous avons utilisé la version française disponible aux Editions du centre de psychologie appliquée (1996) (quelques exemples d'item en annexe 5). La consistance interne de l'échelle est de .84 pour nos participants.

1.3. Résultats

1.3.1. Statistiques descriptives

Le tableau 1 présente les moyennes, écarts-type et coefficient alpha de Cronbach des mesures utilisées dans cette étude. D'après l'étude Anadep de l'INPES (Chan Chee *et al*., 2009), les femmes seraient deux fois plus touchées par la dépression que les hommes. En outre, le fait d'avoir suivi des études supérieures constituerait un facteur de protection. Nos principales analyses portent donc ici sur les moyennes et leurs différences en fonction du sexe, de l'âge et du niveau scolaire des participants.

Les analyses de variance révèlent des différences significatives entre les hommes et les femmes sur les scores d'attribution causale interne/externe (F = 3,97, p = .049) où les premiers (M = 4,48, SD = 0,70) affichent plus d'internalité que les secondes (M = 4,22, SD = 0,66), et sur les scores d'auto-efficacité (F = 3,91, p = .051) où là aussi les hommes (M = 22,46, SD = 4,20) affichent un plus fort sentiment d'auto-efficacité que les femmes (M = 20,90, SD = 4,08). Bien qu'aucune différence de sexe n'ait été observée au niveau du score de dépression, cette tendance à percevoir davantage d'internalité et d'auto-efficacité personnelle appuyent la moindre vulnérabilité des hommes face aux affects négatifs. La création de quartiles sur la variable 'âge' révèle une différence significative sur les scores d'attribution causale interne/externe (F = 4,34, p = .006), les personnes les plus jeunes décrivant des causes plus internes ($18 \leq Q1 < 22$; M = 4,71, SD = 0,67) que les personnes les plus âgées ($27 \leq Q4$; M = 4,06, SD = 0,63) de l'étude. Enfin, aucune différence relative au niveau d'étude n'a été observée.

Tableau 1. Moyennes, écarts-types et coefficients alpha des mesures utilisées dans cette étude

Echelles	Nombre d'items	Likert	Moyenne	Ecart-type	Alpha de Cronbach
Attribution interne *vs* externe	12	1 – 7	4,35	0,69	.43
Attribution durable *vs* temporaire	12	1 – 7	4,29	0,79	.74
Attribution globale *vs* spécifique	12	1 – 7	3,96	0,91	.68
Contrôle personnel	12	1 – 7	3,86	0,76	.61
Dépression	21	0 – 3	9,77	7,02	.84
Estime de soi	10	0 – 3	21,50	4,74	.79
Auto-efficacité	10	0 – 3	21,70	4,20	.78

Tandis que la consistance interne des attributions causales de stabilité et de globalité est satisfaisante (α = .74 et α = .68 respectivement), celle de l'attribution causale interne est faible (α = 43). Ce résultat rejoint cependant les coefficients précédemment rapportés pour cette échelle (Cutrona *et al.,* 1984 ; Peterson *et al*., 1982). Nous notons enfin la consistance interne moyenne de l'échelle de contrôle personnel (α = .61).

1.3.2. Analyses corrélationnelles

Des analyses corrélationnelles ont été réalisées afin d'examiner les relations bivariées entre les attributions causales, la perception de contrôle, l'auto-efficacité, l'estime de soi et l'humeur dépressive. Comme le montre le tableau 2, l'humeur dépressive s'est révélée être positivement associée à l'attribution causale globale/spécifique (r = .199, p = .036), c'est-à-dire que plus le sujet s'adonne à des imputations causales globales et plus il entretient des affects négatifs (l'inverse étant vrai aussi, tant corrélation n'est pas causalité). Par contre, l'humeur dépressive s'avère négativement associée à l'estime de soi (r = -.398, p = .000), comme au sentiment d'auto-efficacité (r = -.240, p = .011). Ces résultats vont dans le sens attendu et confirment ceux retrouvés dans la littérature (Abela et Skitch, 2007 ; Lazaratou *et al.,* 2007 ; Mustafa *et al.,* 2010 ; Muris, 2002 ; Schwarzer *et al.,* 1997 ; Talaei et Ardani, 2010). On notera aussi que le contrôle perçu est positivement associé aussi bien à l'attribution causale interne/externe (r = .227, p = .017), qu'au sentiment d'auto-efficacité (r = .201, p = .034). Par contre il n'est significativement associé ni aux attributions causales de stabilité (r = -.154, p = .108) et de globalité (r = .103, p = .280), ni à l'estime de soi (r = .050, p = .605) ou à l'humeur dépressive (r = -.173, p = .069).

Tableau 2. Corrélations entre les mesures utilisées dans cette étude

Echelles	1	2	3	4	5	6
1. CIE	--					
2. CDT	.082	--				
3. CSG	.040	.357**	--			
4. Contrôle perçu	.227*	-.154	.103	--		
5. Auto-efficacité	-.193*	-.080	-.112	.201*	--	
6. Estime de soi	-.168	-.116	-.246**	.050	.371**	--
7. Dépression	-.028	.140	.199*	-.173	-.240*	-.398**

Notes. CIE : attribution causale interne/externe ; CDT : attribution causale durable/temporaire ; CSG : attribution causale globale/spécifique.
* p < .05 ; ** p < .01.

1.3.3. Analyse en pistes causales

1.3.3.1. Procédure

Le modèle présenté dans la figure 1 a été évalué à l'aide du logiciel AMOS© (Arbuckle, 2009) disponible dans le programme SPSS© version 18 (SPSS, France) en utilisant la méthode d'estimation du maximum de vraisemblance. Ce programme fournit un ensemble d'indices d'adéquation des données au modèle théorique. Parmi les indices disponibles, nous n'avons cependant utilisé que les plus recommandés (Hu & Bentler, 1999), à savoir le khi-deux, l'indice RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation)* assorti de son intervalle de confiance, et l'indice CFI (*Comparative fit Index)* de Bentler (1990). Rappelons qu'un khi-deux non significatif (proche de zéro) indique un bon ajustement du modèle aux données. Toutefois, la sensibilité de cette statistique à la taille de l'échantillon nous amène à suivre certaines recommandations et à recourir à d'autres indices d'adéquation tels que le RMSEA, et le CFI. Nous retiendrons comme critères d'une bonne adéquation du modèle aux données, une valeur du RMSEA inférieure à .08 (Browne & Cudeck, 1993; McCallum *et al.,* 1996) ainsi qu'une valeur du CFI supérieure à .90 (les valeurs du CFI proche de zéro indiquant une mauvaise adéquation et les valeurs proches de 1 une adéquation parfaite).

Les résultats obtenus, à savoir un khi-deux à 20 ddl = 30.04, p = .069, un CFI = .875 et un RMSEA = .068, plaident en faveur d'une adéquation satisfaisante du modèle aux données. Toutefois, afin de pouvoir l'améliorer, nous avons recouru aux indices de modification qui nous ont suggéré de rajouter un effet direct de l'attribution causale globale/spécifique sur l'estime de soi. Cette relation ayant déjà été trouvée dans de précédentes études (Abela, 2002 ; Pillow *et al*., 1991 ; Ralph et Mineka, 1998), nous l'avons introduite dans notre modèle. Ce modèle modifié fut alors soumis à l'épreuve des faits. Les résultats obtenus, à savoir un Khi-deux à 19 ddl = 24.52, p = .117, un CFI = .931 et un RMSEA = .051, plaident en faveur d'un très bon ajustement aux données.

1.3.3.2. Tests des effets directs

Les résultats obtenus confirment nos hypothèses. Comme le montre le tableau 3, les attributions causales interne/externe ont un impact direct positif sur le contrôle perçu (β = .239, p = .021) alors que les attributions causales durable/temporaire ont un effet direct négatif (β = -.237, p = .030). L'impact de l'attribution causale globale/spécifique tend seulement à la significativité (β = .178, p = .087). Autrement dit, plus les attributions sont internes, instables et globales, plus le contrôle personnel est fort. Le contrôle perçu a un effet

positif sur le sentiment d'auto-efficacité (β = .201, p = .009), sentiment qui à son tour affecte positivement l'estime de soi (β = .351, p = .003). Ainsi, plus le contrôle perçu est fort, plus le sentiment d'efficacité personnelle augmente et meilleure est l'estime de soi. Enfin, l'effet direct de l'estime de soi sur l'humeur dépressive est également confirmée (β = -.395, p = .003). Comme attendu, il s'agit d'un effet négatif de l'estime de soi sur l'humeur dépressive.

Tableau 3. Effets directs du modèle en pistes causales

Effets directs	Estimations	Significativité
Attribution d'internalité → contrôle perçu	.239	.021
Attribution de stabilité → contrôle perçu	-.237	.030
Attribution de globalité → contrôle perçu	.178	.087
Attribution de globalité → estime de soi	-.209	.025
Contrôle perçu → auto-efficacité	.201	.009
Auto-efficacité → estime de soi	.351	.003
Estime de soi → dépression	-.395	.003

1.3.3.3. Tests des effets indirects (médiateurs) : Procédure de rééchantillonnage

Il existe plusieurs procédures pour tester la significativité de l'effet indirect d'une variable (McKinnon, 2008 ; McKinnon *et al*., 2002). Parmi elles, nous pouvons citer la procédure d'étapes causales proposée par Baron et Kenny (1986), celle du produit des coefficients, de la distribution du produit de deux variables aléatoires et enfin la procédure de reéchantillonnage (*bootstrap*). Par rapport aux autres méthodes, la procédure de rééchantillonnage présente l'intérêt de n'exiger ni une distribution multivariée normale ni un large échantillon. En outre, de part le recours à des intervalles de confiance, cette technique offrirait des résultats plus précis (McKinnon *et al*., 2004). Le principe de cette procédure est simple (McKinnon, 2008). Comme son nom l'indique, la technique de rééchantillonnage consiste à générer aléatoirement un certain nombre d'échantillons que le chercheur fixe préalablement. Chacun de ces nouveaux échantillons est constitué du même nombre d'observations que l'échantillon initial, alors considéré comme la population. Il en résulte autant d'estimations du modèle que d'échantillons générés. C'est ensuite le calcul de la moyenne des estimations de chaque paramètre du modèle, assortie d'un intervalle de confiance (CI), qui nous renseigne sur la significativité des pistes causales suggérées. Un intervalle de confiance à 95% (95% CI) ne comportant pas de valeur nulle, indique qu'une estimation donnée (effet indirect par exemple) est significative à .05 (Preacher & Hayes, 2008).

Le tableau 4 présente les effets indirects du modèle amélioré. Les résultats suggèrent que l'attribution causale d'internalité a un effet indirect significatif positif sur l'auto-efficacité (β = .048 ; 95% CI : .009, .123 ; p = .013) et sur l'estime de soi (β = .017 ; 95% CI : .003, .045 ; p =. 011). Autrement dit, la tendance à émettre des attributions internes augmente le sentiment d'efficacité et favorise l'estime de soi. L'attribution causale de stabilité a un effet indirect significatif négatif sur l'auto-efficacité (β = -.048 ; 95% CI : -.117, -.007 ; p =.017) et l'estime de soi (β = -.017 ; 95% CI : -.048, -.003 ; p =.013). Cela signifie que la tendance à émettre des attributions stables diminue le sentiment d'efficacité personnelle et altère l'estime de soi. Enfin, l'attribution causale de globalité a un effet indirect significatif et positif sur l'auto-efficacité (β = .036 ; 95% CI : .004, .111 ; p = .028) et sur l'estime de soi (β = .013 ; 95% CI : .002, .046 ; p =.027). Ainsi, la tendance à émettre des attributions globales augmente le sentiment d'efficacité personnelle et favorise l'estime de soi. Par ailleurs, la perception de contrôle a un effet indirect significatif positif sur l'estime de soi (β = .071 ; 95% CI : .018, .148 ; p = .006).

Conformément à nos attentes, les attributions causales interne/externe (β = -.007 ; 95% CI : -.021, -.001 ; p = .010), durable/temporaire (β = .007 ; 95% CI : .001, .023 ; p = .010) et globale/spécifique (β = .077 ; 95% CI : .006, .167 ; p = .029) ont un effet indirect significatif sur l'humeur dépressive. Tandis que l'effet indirect de l'attribution d'internalité est négatif, les effets des attributions globale et durable sont positifs. De même, les effets indirects négatifs du contrôle perçu (β = -.028 ; 95% CI : -.068, -.007 ; p = .005) et du sentiment d'auto-efficacité (β = -.138 ; 95% CI : -.247, -.057 ; p = .002) sur l'humeur dépressive sont également confirmés. Ces résultats valident donc le statut médiateur du contrôle personnel, de l'auto-efficacité et de l'estime de soi.

Tableau 4. Effets indirects du modèle en pistes causales

Echelles	CIE	CDT	CSG	Contrôle perçu	Auto-efficacité
Auto-efficacité	.048*	-.048*	.036*		
Estime de soi	.017*	-.017*	.013*	.071**	
Dépression	-.007**	.007**	.077*	-.028**	-.138**

Notes. CIE : attribution causale interne/externe ; CDT : attribution causale durable/temporaire ; CSG : attribution causale globale/spécifique.
* p < .05 ; ** p < .01.

La figure 2 présente le modèle en pistes causales après modification. Au final, ce modèle permet d'expliquer 10,9% de la variance du contrôle perçu, 4,1% de la variance de

l'auto-efficacité, et 16,4% de l'estime de soi. Ainsi, le modèle proposé intégrant les attributions causales, le contrôle perçu, le sentiment d'auto-efficacité et l'estime de soi explique 15,6% de la variance de l'humeur dépressive.

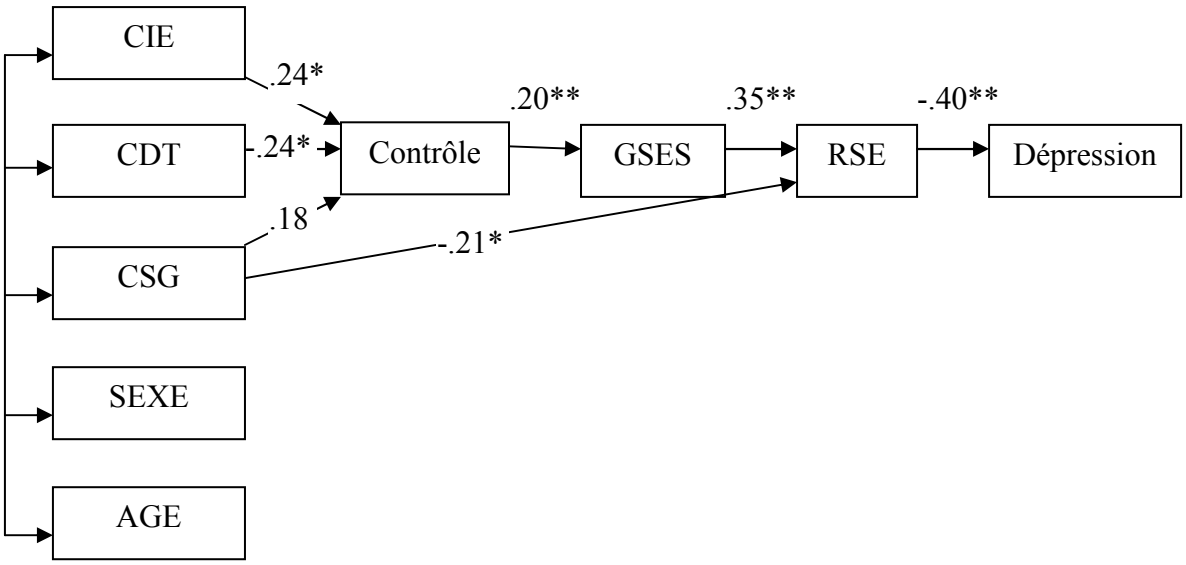


Figure 2. Modèle en pistes causales après modifications

Notes. Toutes les corrélations supérieures ou égales à .20 sont significatives à 5% (*) ou 1% (**) ; CIE : attribution causale interne/externe ; CDT : attribution causale durable/temporaire ; CSG : attribution causale globale/spécifique ; GSES : auto-efficacité ; RSE : estime de soi.

1.4. Discussion

Avant de discuter les résultats de cette étude, il convient d'en souligner certaines limites. L'étroitesse de notre échantillon ($N = 111$) représente une première limite évidente. Cette faiblesse interroge inévitablement sa représentativité et nous empêche de généraliser nos résultats sans contre-validation. Bien que le recours à une procédure de rééchantillonnage présente l'intérêt d'augmenter la robustesse de nos résultats, elle reste bien évidemment basée sur l'échantillon d'origine et ne peut faire l'économie d'études à plus grandes échelles. Outre les caractéristiques de notre échantillon, celles de notre méthodologie peuvent être également questionnées. En particulier, le recours systématique à des questionnaires auto-rapportés n'est pas sans inconvénients. Les risques liés aux biais de réponses tels que la tendance à l'acquiescement, la désirabilité sociale ou encore la relative transparence de la plupart d'entre eux sont aujourd'hui bien connus. Enfin, nos résultats sont supportés par une technique de modélisation dont nous avons spécifié des

relations spécifiques. Bien entendu, cette modélisation n'exclue pas la validité d'autres systèmes de relation, et ne représente qu'une simple approximation de la réalité.

L'objectif principal de cette étude était, rappelons-le, d'étudier la relation entre les attributions causales et l'humeur dépressive, à la lumière du contrôle perçu. Cette dimension manque étonnement dans la littérature portant sur le style attributionnel et méritait selon nous une opérationnalisation propre. Sa mise en perspective avec les attributions causales au sein du même questionnaire offre l'avantage d'un format de réponse identique, et permet une co-contextualisation des questions. Voyons à présent nos principaux résultats.

En premier lieu, les résultats de cette étude mettent en évidence une association significative entre les attributions causales et le contrôle perçu. L'internalité est positivement associée à la perception de contrôle, la stabilité y est négativement reliée, et bien que partiellement significative, l'attribution de globalité y est également positivement associée. Autrement dit, le fait d'attribuer un événement négatif à une cause interne, instable et globale favoriserait la perception de contrôle personnel. Ces résultats rejoignent ceux d'études précédentes ayant montré un lien positif entre les attributions internes et instables et l'utilisation de stratégies de coping actives (Cousson-Gélie *et al.,* 2005 ; Roesch et Weiner, 2001 ; Wolf *et al.,* 1995).

Notre second objectif était d'éclairer cette relation à la lumière de potentiels médiateurs, notamment le sentiment d'auto-efficacité et l'estime de soi. Là encore, toutes les relations sont significatives. Les attributions d'internalité et de globalité ont un effet bénéfique indirect sur le sentiment d'auto-efficacité et l'estime de soi. L'association de la dimension de stabilité avec ces variables reste négative et donc délétère. Cette médiation conserve les effets indirects des attributions causales sur le score de dépression. Tandis que l'effet de l'attribution interne est négatif, les effets des attributions de stabilité et de globalité sont positifs. Autrement dit, parmi les trois attributions causales, la dimension d'internalité s'intègre dans un processus bénéfique pour l'individu à tous les niveaux de la séquence proposée : plus un individu émet des attributions internes, plus il perçoit de contrôle, favorisant ainsi son sentiment d'efficacité personnelle ainsi que son estime de soi, et le protégeant des affects dépressifs. L'attribution de causes stables en revanche, se révèle être délétère tant sur la perception de contrôle que sur l'auto-efficacité et l'estime de soi qu'elle diminue, rendant ainsi la personne vulnérable au développement de l'humeur dépressive. Concernant la dimension de globalité, les résultats sont moins francs. Si les résultats suggèrent que l'attribution de causes globales favorise la perception de contrôle

ainsi qu'indirectement le sentiment d'efficacité personnelle et l'estime de soi, ils montrent également qu'elle altère directement l'estime de soi et favorise indirectement l'émergence de la dépression. Des analyses statistiques supplémentaires ont révélé que son effet indirect sur la dépression devenait négatif, lorsque l'on supprimait son effet direct sur l'estime de soi. Il semblerait donc que les attributions causales internes et globales aient un rôle bénéfique dans la santé mentale, lorsqu'il est médiatisé par une réappropriation du contrôle de la situation par l'individu. Ces résultats rompent avec les traditions de recherches s'efforçant d'expliquer l'impact négatif de ces attributions. Il est possible d'imaginer que les inconsistances de résultats régulièrement rencontrées dans la littérature portant sur le style attributionnel puissent être en partie expliquées par un manque de prise en compte d'autres mécanismes l'associant à l'humeur négative. En particulier ici, un processus bénéfique.

En dernier lieu, nous avons cherché à vérifier le rôle médiateur de l'estime de soi dans la relation entre l'auto-efficacité et l'humeur dépressive. Nos analyses statistiques soutiennent en effet la séquence structurelle auto-efficacité → estime de soi → dépression, confirmant ainsi les résultats obtenus pas Lightsey *et al.* (2006). Le sentiment d'auto-efficacité a un effet négatif indirect sur la dépression, médiatisé par l'estime de soi.

Cette étude a donc permis de mettre en lumière un autre mécanisme reliant les attributions causales à l'humeur dépressive, par le biais de la perception de contrôle. En outre, cet effet est bénéfique pour deux de ces attributions, pourtant généralement considérées comme néfastes à l'ajustement psychologique. Bien que ces résultats nécessitent évidemment d'être confortés, cette donnée nouvelle nous parait fondamentale du fait de ses implications scientifiques, mais aussi et surtout, pratiques. D'un point de vue scientifique, la mise à jour de cette association permet de reconsidérer le statut des attributions causales, dont l'effet premier sur l'humeur est remis en cause, mais aussi dont l'impact négatif est ici contrecarré. D'un point de vue pratique, il nous parait important de reconsidérer certaines recommandations. Notamment, beaucoup d'études ont suggéré des interventions cliniques visant à développer un 'style explicatif optimiste' (Seligman, 1990). Ce style consiste à attribuer les événements négatifs à des causes externes, instables et spécifiques, afin de permettre aux personnes de se 'déculpabiliser'. Mais que fait-on exactement lors de ce type d'intervention ? Quelles dimensions touche-t-on ? Travailler la culpabilité nous parait important, mais d'une part, est-ce au détriment d'un certain contrôle, et d'autre part, internalité signifie t-il nécessairement culpabilité ? Comme nous le verrons dans la seconde étude, ce n'est pas toujours le cas.

Les conclusions suggérées par notre étude méritent cependant d'être nuancées. Outre les limites précédemment évoquées, nous notons également la consistance interne modérée de l'échelle de contrôle perçu (α = .61) créée pour cette recherche. Il est possible que cet item discrimine mal différent type de contrôle. La formulation « quel contrôle pensez-vous avoir personnellement sur cette situation » nous semble *a posteriori* ambiguë. Son pouvoir discriminant pourrait être renforcé par la précision du locus de cette attribution de contrôle, portant sur la cause ou sur les conséquences de la situation (Amirkhan, 1998).

Pour terminer, maintenant que ce mécanisme positif a été mis en évidence, il nous paraitrait intéressant de le mettre en parallèle avec le processus négatif généralement étayé. Mais quel est-il exactement ? Beaucoup d'auteurs suggèrent que les attributions causales internes, stables et globales, effectuées pour expliquer un événement aversif, seraient délétères en ce qu'elles augmentent le sentiment de responsabilité de la personne ainsi que sa culpabilité, sa tendance à s'auto-blâmer. Or là encore, les résultats semblent inconsistants et le mécanisme mal identifié. Ces interrogations font l'objet de notre seconde étude.

2. ÉTUDE 2. TEST D'UNE SEQUENCE STRUCTURELLE EXPLICATIVE DE L'HUMEUR DEPRESSIVE : MISE A L'EPREUVE D'UN MODELE METTANT EN RELATION HUIT COGNITIONS SPECIFIQUES

2.1. Objectif

Notre première étude a permis de mettre en lumière un mécanisme bénéfique par lequel les attributions causales jouent un rôle dans l'humeur dépressive. Cependant la majeure partie des études portant sur les attributions causales ont généralement montré que les attributions internes, stables et globales étaient positivement associées à la dépression (Sweeney *et al.,* 1986). Plusieurs hypothèses ont été proposées pour expliquer cet effet néfaste. Notamment, les auteurs ont associé ces attributions à ce qu'ils nomment le 'blâme caractérologique' (Janoff-Bulman, 1979). Ce type de blâme ferait référence à une cause relative à des caractéristiques de leur personnalité, des tendances stables susceptibles d'intervenir dans d'autres situations, et donc par conséquent non modifiables. A l'inverse, le 'blâme comportemental', c'est-à-dire l'attribution de l'événement à une cause interne, instable et spécifique, se référerait davantage à des comportements, modifiables par définition. Une première objection nous vient alors à l'esprit : le fait d'envisager un trait stable comme étant à l'origine d'une situation aversive exclut-il nécessairement toutes possibilités de contrôle futur ? Autrement dit, n'est-il pas possible pour l'individu de 'compenser' ses caractéristiques ? Prenons un exemple souvent utilisé : imaginons un étudiant échouant à un examen. S'il explique cet échec par sa lenteur d'apprentissage par exemple, cette cause est bien interne, stable et globale. D'après les auteurs, cet étudiant est susceptible d'abandonner son action et de ne pas persévérer puisque cette cause est une caractéristique stable. Mais est-ce l'explication de l'étudiant qui est pessimiste ou celle des auteurs ? En effet, nous pouvons tout aussi bien imaginer que l'étudiant puisse par exemple 'compenser' cette difficulté en prenant davantage de temps pour travailler. Il ne modifiera pas forcément sa vitesse d'apprentissage, mais il pourra modifier ses conséquences. Cette idée rejoint la proposition de Frazier *et al*. (2002) selon lesquels, lors d'une situation vraisemblablement incontrôlable, il semble particulièrement bénéfique pour un individu de chercher des aspects contrôlables de la situation. Les conséquences peuvent constituer des aspects contrôlables. Par exemple, les personnes souffrant d'une maladie psychiatrique ne peuvent pas toujours modifier directement leur trouble, mais peuvent cependant compenser le handicap qui en résulte parfois via des programmes de réhabilitation psychosociale. Aussi, nous pensons qu'il est possible de s'attribuer la responsabilité d'une situation tout en préservant un certain degré de contrôle.

Une autre de nos interrogations concerne certaines inférences issues du blâme caractérologique. Selon les auteurs (Janoff-Bulman, 1979), les personnes imputant un événement négatif à une cause principale interne, stable et globale, s'en attribuent la responsabilité et se blâment pour ce qui est arrivé. Plus qu'un constat, ces attributions constitueraient donc un jugement sur sa propre valeur, voire une condamnation. Ayant observé cette dimension du blâme à l'œuvre chez les personnes en dépression, Beck (1963, 1987) lui a accordé une place majeure dans sa théorie. Cependant, cette association entre les attributions causales et ce jugement négatif n'a jamais été identifié et vérifié. Cependant, rien ne nous dit en effet que ces attributions recouvrent une telle signification pour la personne. Plusieurs études ont effectivement montré une association entre les attributions internes et l'auto-blâme (Fincham et Schultz, 1981 ; Mandel, 2010), mais suggèrent de la même manière qu'il s'agit de deux construits distincts. Cela renvoie à la question de la distinction et de l'opérationnalisation de ces concepts. Shaver et ses collègues (Shaver, 1985 ; Shaver et Drown, 1986) ont publié une revue de littérature inconsistante sur l'attribution de blâme, et proposé qu'elle résulte d'un manque de discrimination entre plusieurs concepts, notamment les attributions d'internalité, de responsabilité et de blâme. D'après ces auteurs, l'attribution de blâme implique un sentiment de responsabilité qui lui-même implique une attribution d'internalité, mais le contraire n'est pas nécessairement vrai. Mantler *et al*. (2003) ont récemment confirmé ces hypothèses en montrant d'une part que les attributions de contrôle de la cause, de responsabilité et de blâme étaient des construits distincts, et d'autre part que ces attributions s'organisaient en une séquence précise, à savoir contrôlabilité → responsabilité → blâme. Néanmoins cette étude a pris en compte l'attribution de contrôle de la cause, et non pas l'internalité. D'autre part, les auteurs ont étudié cette séquence par le biais d'auto-évaluations réalisées face à des personnes ayant contractées le virus du V.I.H. ou un cancer du poumon. Aussi, il nous parait intéressant de tester cette séquence sur des auto-évaluations, et d'observer leur impact sur la détresse psychologique.

Les objectifs de cette seconde étude sont là encore multiples. En premier lieu, notre étude interroge l'existence de cognitions distinctes, parmi lesquelles les attributions causales d'internalité, de stabilité, de globalité et de contrôlabilité, la responsabilité perçue de la cause et de la solution, l'auto-blâme et le contrôle perçu des conséquences. Cet objectif fait suite aux constats fait par certains chercheurs (Shaver et Drown, 1986) quant à des confusions théoriques et méthodologiques responsables selon eux de nombreuses inconsistances. Une opérationnalisation spécifique est proposée pour cinq de ces cognitions. Une attention

particulière sera portée sur la distinction entre les concepts d'attribution causale d'internalité, de responsabilité perçue de la situation ainsi que d'auto-blâme.

Un second objectif de cette étude est de mettre à l'épreuve une organisation structurale entre les huit cognitions, consistant en deux séquences distinctes. Notamment, nous cherchons à répliquer la séquence consistant à médiatiser la relation entre l'internalité et l'auto-blâme par la responsabilité perçue de la situation. Nous souhaitons enrichir cette hypothèse en ajoutant aux côtés de l'internalité les attributions causales de stabilité, de globalité mais également de contrôlabilité de la cause. La contrôlabilité de la cause s'est en effet révélée être une variable particulièrement importante dans l'explication de plusieurs phénomènes. Notamment, il a été observé qu'elle favorisait la détresse psychologique (Frazier *et al.,* 2002 ; Frazier, 2003), le sentiment de responsabilité (Mantler *et al*., 2003 ; Stepleman *et al*., 2005) ainsi que la tendance à l'auto-blâme (Alicke, 2000 ; Davis *et al.,* 1996 ; Mandel et Lehman, 1996 ; Weiner, 1985). Les attributions de stabilité et de globalité n'ont par ailleurs jamais été incluses empiriquement dans le test de ce type de séquence. Il nous semble donc intéressant d'inclure parmi les attributions causales ces quatre dimensions de manière distincte. La seconde séquence mise à l'épreuve correspond à celle identifiée lors de notre précédente étude, à savoir le mécanisme reliant les attributions causales à la dépression par le biais du contrôle perçu. Cette seconde étude est également l'occasion d'enrichir cette relation. Aussi, à titre exploratoire, nous mettons à l'épreuve une nouvelle attribution, à savoir la responsabilité perçue de la solution. Bien que supposée favoriser le contrôle perçu (Brickman *et al.,* 1982), cette dimension n'a pourtant pas suscitée un grand intérêt auprès de la communauté scientifique. Les quelques études disponibles l'associent cependant à un meilleur ajustement psychologique, à l'emploi de stratégies de coping actives ainsi qu'à un plus fort sentiment d'auto-efficacité (Karuza *et al.,* 1990 ; Stepleman *et al.,* 2005). L'endossement de ce sentiment de responsabilité semble par ailleurs favorisé par des attributions causales internes, instables et contrôlables (Stepleman *et al.,* 2005). Aucun élément de la littérature ne nous renseigne sur sa relation à l'attribution causale de globalité. Cependant, l'association positive de l'attribution de globalité avec le contrôle perçu observée dans notre première étude, nous permet d'anticiper une relation similaire à la responsabilité perçu de la solution.

Enfin, nous nous intéresserons en troisième lieu au pouvoir de ces deux séquences dans l'explication de l'humeur dépressive. Leur mise en perspective est-elle susceptible de faire disparaitre l'effet de l'une d'entre elles ? Leur mise en parallèle est inédite et, nous l'espérons, nous éclairera sur l'altération de l'humeur.

En résumé, nous mettons à l'épreuve des faits un modèle explicatif de l'humeur dépressive. La figure 3 présente ce modèle en pistes causales dans lequel nous faisons l'hypothèse que les quatre attributions causales exogènes d'internalité, de stabilité, de globalité et de contrôlabilité ont un impact indirect sur l'humeur dépressive. Cette relation est médiatisée par deux mécanismes distincts. D'une part, nous faisons l'hypothèse selon laquelle les quatre attributions causales ont un effet direct sur la responsabilité perçue de la situation, qui affecte à son tour la tendance à l'auto-blâme. En particulier, nous nous attendons à ce que les attributions portant sur une cause interne, stable, globale et contrôlable, favorisent la perception de responsabilité de la situation, qui augmente elle-même la tendance à l'auto-blâme. D'autre part, nous faisons l'hypothèse selon laquelle les attributions causales ont un effet direct sur la responsabilité perçue de la solution, qui affecte à son tour le contrôle perçu des conséquences de la situation. Notamment, nous nous attendons à ce que les attributions portant sur une cause interne, instable, globale et contrôlable, favorisent l'attribution de responsabilité de la solution, qui augmente à son tour la perception de contrôle. Enfin, nous nous attendons à ce que la tendance à l'auto-blâme et la perception de contrôle aient un effet direct sur la dépression. Plus précisément, l'auto-blâme devrait être positivement associé à l'humeur dépressive, tandis que la perception de contrôle devrait y être négativement reliée. L'âge et le sexe ont été introduits comme variables de contrôle.

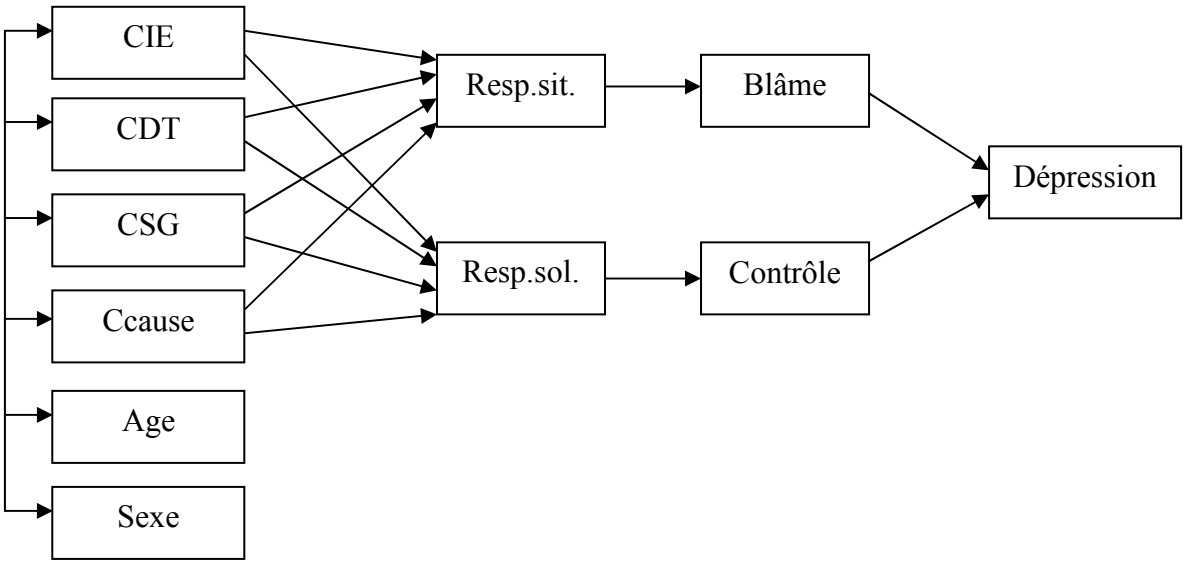


Figure 3. Modèle en pistes causales

Notes. CIE : attribution causale interne vs externe ; CDT : attribution causale durable vs temporaire ; CSG : attribution causale globale vs spécifique ; Ccause : contrôle perçu de la cause ; Resp.sit. : responsabilité perçue de la situation ; Resp.sol. : responsabilité perçue de la solution.

2.2. Méthode

2.2.1. Participants

L'échantillon de cette étude est constitué de 153 personnes (111 femmes, 42 hommes) dont l'âge varie de 17 à 65 ans (moyenne = 28,99 ans ; écart-type = 13,10). La majorité des participants est célibataire (60,8%), 34,6% sont mariés ou vivent maritalement, et 4% sont divorcés, séparés ou veufs. Le niveau d'étude est également variable, 5,2% des participants ont un niveau inférieur au baccalauréat, 29,4% ont un niveau baccalauréat, et 64,7% poursuivent ou ont poursuivi des études supérieures (cf. questions en annexe 9).

Afin de promouvoir la diffusion de l'étude, deux formats du questionnaire ont été proposés : un format papier-crayon et un format informatisé. Cette procédure nous a permis de recueillir des réponses provenant d'une population tout-venant, d'âge et de situation socioprofessionnelle variés. Les participants ont à chaque fois été informés de l'anonymat et de la confidentialité de leurs réponses, et se sont vu offrir la possibilité de contacter l'expérimentateur afin d'obtenir les résultats de la recherche.

2.2.2. Matériel et procédure

Les participants ont été invités à renseigner un livret composé de plusieurs questionnaires :

- Le style attributionnel : le questionnaire des styles attributionnels (ASQ ; Seligman *et al*., 1979 ; Metalsky *et al.,* 1987) dont la traduction française a été effectuée par Swendsen et Blatier (1998) (annexe 1), a été utilisé pour évaluer trois attributions causales : interne vs externe (α = .44), globale vs spécifique (α = .71), durable vs temporaire (α = .66). Il s'agit d'un questionnaire proposant 12 situations négatives dont le participant évalue les trois dimensions causales à partir d'une échelle de Likert en 7 points. Pour chaque attribution, un score est obtenu en calculant la moyenne des réponses aux 12 situations. Pour l'échelle d'internalité, un score élevé signifie que le sujet impute la situation à une cause interne. Pour l'échelle de stabilité, un score élevé signifie que le sujet impute une cause durable. Enfin pour l'échelle de globalité, un score élevé signifie que le sujet évoque une cause globale.
- Responsabilité de la situation, responsabilité de la solution contrôle personnel et auto-blâme : nous avons complété ce questionnaire en ajoutant pour chaque situation 5 items mesurant 5 autres attributions. Il s'agit d'attributions dont nous

évaluons ici une opérationnalisation possible. Cette proposition fait suite au manque de mesures disponibles dans la littérature scientifique. Ces attributions étant pour la plupart généralement évaluées par des questions uniques, nous avons formulés nos items selon le même modèle. En particulier, nous avons souhaité intégrer une mesure de l'attribution de contrôle de la cause (« Dans quelle mesure pensez-vous que vous pouviez contrôler cette cause et prévenir cette situation ? »), de responsabilité perçue de la situation (« Dans quelle mesure vous sentez-vous personnellement responsable de cette situation ? »), d'auto-blâme (« Vous blâmez-vous pour ce qui vous est arrivé ? »), de contrôle perçu de la solution (« Quel contrôle pensez-vous avoir sur les conséquences de cet événement ? ») et de responsabilité perçu de la solution (« Pensez-vous qu'il est de votre responsabilité de trouver une solution à ce problème ? »). Afin d'uniformiser ce questionnaire, chaque nouvelle dimension est également évaluée sur une échelle de Likert en 7 points. Un score est obtenu en calculant la moyenne des réponses aux 12 situations. Pour les échelles de contrôle de la cause et des conséquences, un score élevé signifie un fort contrôle perçu. Pour les échelles de responsabilité de la situation et de la solution, un score élevé signifie un fort degré de responsabilité perçu. Enfin pour l'échelle d'auto-blâme, un score élevé signifie un fort degré d'auto-blâme. Ces items sont présentés dans l'annexe 2.

- La dépression : nous avons utilisé la dernière version révisée du *Beck Depression Inventory* (BDI-II ; Beck *et al.,* 1996). L'échelle est composée de 21 items évalués sur une échelle de 0 à 3, et un score global variant de 0 à 30 est obtenu en additionnant les 21 réponses. Plus le score augmente, plus le degré de dépression est élevé. En fonction du score, l'échelle indique une absence de dépression (0-11), une dépression légère (12-19), une dépression modérée (20-27) et une dépression sévère (> 27). Nous avons utilisé la version française disponible aux Editions du Centre de Psychologie Appliquée (1996) (quelques exemples d'item en annexe 5). La consistance interne de l'échelle est de .88 pour nos participants.
- L'Estime de soi : l'échelle de l'estime de soi (RSE ; Rosenberg, 1965) est composée de 10 items évalués sur une échelle de type Likert en 4 points, allant de 1 « tout à fait en désaccord » à 4 « tout à fait en accord ». Le codage des items 3, 5, 8, 9 et 10 est inversé. Le score varie donc de 10 à 40, et un score élevé correspond à une forte estime de soi. Nous avons utilisé la version française de Vallières et

Vallerand (1990) (annexe 4). Dans la présente étude, le coefficient alpha de Cronbach de l'échelle est de .89.

- L'auto-efficacité : l'échelle d'auto-efficacité (GSES ; Schwarzer et Jerusalem, 1995) est composée de 10 items, évalués sur une échelle de type Likert en 4 points, allant de 1 « pas du tout vrai » à 4 « totalement vrai ». Le score varie donc de 10 à 40, un score élevé étant indicateur d'un fort sentiment d'auto-efficacité. La version française utilisée est celle de Dumont *et al*. (Dumont *et al.,* 2000 ; Dumont *et al*., 2003) (annexe 3). La consistance interne de l'échelle est de .88 pour nos participants.

- Le locus de contrôle : l'échelle de contrôle de Levenson (IPC ; Levenson, 1974) est composée de 24 items évalués sur une échelle de Likert en 6 points, de 0 (pas du tout d'accord) à 5 (tout à fait d'accord). L'échelle permet le calcul de scores pour les sous-échelles d'internalité, d'externalité-chance et d'externalité-autrui tout puissant. Des scores élevés sur ces trois échelles indiquent respectivement une forte tendance à l'internalité, à l'externalité-chance et à l'externalité-autrui. Nous avons utilisé la version française de Loas *et al.* (1994) validée par Rossier *et al*. (2002) (annexe 7). Les coefficients alpha de Cronbach sont de .60 pour la sous-échelle d'internalité, de .79 pour la sous-échelle d'externalité-chance et de .75 pour la sous-échelle d'externalité-autrui tout puissant.

- L'optimisme : l'échelle d'optimisme dispositionnel (LOT-R ; Scheier, Carver & Bridges, 1994) est composée de 10 items évalués sur une échelle de type Likert en 5 points, allant de 0 « totalement en désaccord » à 4 « totalement d'accord ». Les items 1, 4 et 10 évaluent le degré d'optimisme des participants, tandis que les items 3, 7 et 9 évaluent leur degré de pessimisme. Les quatre autres items (2, 5, 6, 8) sont des leurres. Le score de la sous-échelle de pessimisme est recodé et ajouté à celui de la sous-échelle d'optimisme afin de former un score total variant de 0 à 24. Un score élevé indique ainsi un fort degré d'optimisme. Nous avons utilisé la version française développée par Trottier *et al*. (2008) (annexe 6). Le coefficient alpha de Cronbach de l'échelle est ici de .77.

2.3. Résultats

2.3.1. Statistiques descriptives

Les moyennes, écarts-type et coefficient alpha de Cronbach des mesures utilisées sont présentés dans le tableau 5. Au regard des différences démographiques relevées dans le vécu des affects dépressifs (Chan Chee *et al*., 2009), des analyses ont été réalisées sur les moyennes et leurs différences en fonction du sexe, de l'âge, de la situation familiale et du niveau scolaire des participants.

Les analyses de variances confirment l'existence de différences significatives entre les hommes et les femmes sur les scores d'anxiété (F = 5,05, p = .026) et de dépression (F = 7,13, p = .008), les femmes rapportant davantage d'affects anxieux (M = 9,96, SD = 4,36) et dépressifs (M = 12,75, SD = 8,96) que les hommes (M = 8,17, SD = 4,23 et M = 8,65, SD = 6,53 respectivement). Des différences ont également été constatées par rapport à la situation familiale, sur les scores d'anxiété (F = 4,38, p = .014) où les personnes célibataires connaissent moins de symptômes (M = 8,67, SD = 3,98) que les personnes vivant en couple (M = 10,85, SD = 4,54). Les analyses portant sur des différences liées à l'âge révèlent également des résultats significatifs. Nous avons utilisé la médiane de cette variable (= 22). Les différences significatives portent sur les scores d'estime de soi (F = 4,95, p = .028) où les plus jeunes (M = 30,09, SD = 6,14) présentent une plus faible estime de soi que les participants plus âgés (M = 32,18, SD = 5,36), d'optimisme (F = 10,04, p = .002) où les plus jeunes (M = 12,80, SD = 4,86) sont moins optimistes que les participants plus âgés (M = 15,07, SD = 3,88), et de locus de contrôle interne (F = 7,79, p = .006) où les plus jeunes (M = 22,98, SD = 4,92) présentent moins d'internalité que leurs ainés (M = 25,14, SD = 4,86). Ces tendances sont susceptibles d'expliquer la prédominance, bien que non significative, des affects dépressifs chez les participants les plus jeunes.

Concernant les échelles des cognitions à présent, les analyses de variance révèlent des différences significatives liées à la situation familiale, sur les scores d'attribution causale durable/temporaire (F = 6,48, p = .002) entre d'une part les personnes célibataires (M = 4,17, SD = 0,67) et celles étant divorcées, séparées ou veuves (M = 3,31, SD = 0,91), les premières affichant des attributions plus durables que les secondes, et d'autre part entre les personnes mariées ou vivant maritalement (M = 4,38, SD = 0,76) et les personnes divorcées, séparées ou veuves, les premières évoquant des causes plus durables que les secondes. Nous observons également des différences significatives sur les scores de contrôle perçu de la cause (F = 3,78, p = .025), où les personnes célibataires (M = 4,06, SD = 0,65) perçoivent davantage de contrôle que les personnes mariées ou vivant maritalement (M = 3,76, SD = 0,67). Enfin, une différence significative liée au niveau d'étude a été observée sur le score de

responsabilité de la cause (F = 3,41, p = .011), où les personnes disposant d'un niveau BEPC, BEP et Brevet des collèges (M = 3,25, SD = 0,5) s'attribuent moins la responsabilité de la cause que les personnes disposant du Baccalauréat (M = 4,47, SD = 0,82). Les analyses de variance ne montrent en revanche aucune différence significative en fonction de l'âge ni entre les hommes et les femmes sur les scores d'attributions.

2.3.2. Distinction entre les concepts

Afin d'étudier une possible discrimination entre les huit cognitions, nous avons utilisé plusieurs indicateurs de la fidélité et de la validité de leur échelle respective : la consistance interne des échelles, leurs inter-corrélations ainsi que leurs variances partagées, leur structure factorielle mais aussi leur réseau nomologique.

2.3.2.1. Consistance interne des échelles

Les échelles des attributions présentent des coefficients Alpha de Cronbach satisfaisants et supérieurs à .60, mises à part les échelles d'attributions causales interne/externe (α = .44) et de contrôle perçu de la cause (α = .47). Suite à la première étude, nous avons modifié l'item évaluant le degré de contrôle perçu des conséquences afin de mieux discriminer la cible du contrôle. La consistance interne est effectivement meilleure, le coefficient alpha de cette échelle atteignant .68.

Tableau 5. Moyennes, écart-types et alpha de Cronbach des mesures utilisées

Echelles	Nombre d'items	Likert	Moyenne	Ecart-type	Alpha de Cronbach
Attribution interne *vs* externe	12	1 – 7	4,42	0,70	.44
Attribution durable *vs* temporaire	12	1 – 7	4,22	0,74	.66
Attribution globale *vs* spécifique	12	1 – 7	4,28	0,97	.71
Contrôlabilité de la cause	12	1 – 7	3,94	0,68	.47
Responsabilité de la situation	12	1 – 7	4,31	0,81	.60
Attribution d'auto-blâme	12	1 – 7	3,71	1,12	.78
Contrôlabilité de la solution	12	1 – 7	3,78	0,83	.68
Responsabilité de la solution	12	1 – 7	5,02	0,78	.65

Dépression	21	0 – 3	11,79	8,74	.88
Estime de soi	10	1 – 4	31,06	5,85	.89
Auto-efficacité	10	1 – 4	31,00	5,54	.88
Internalité	8	0 – 6	23,91	5,05	.60
Externalité chance	8	0 – 6	17,83	6,24	.79
Externalité autrui	8	0 – 6	13,97	6,42	.75
Optimisme	6	0 – 4	13,89	4,54	.77

2.3.2.2. Corrélation entre attributions et recouvrement (variance partagée)

Le tableau 6 présente les coefficients de corrélations et les coefficients de détermination des différentes échelles. Les corrélations obtenues sont modérées et confirment que les attributions sont associées mais correspondent à des construits distincts. Parmi les quatre attributions causales exogènes, seules sont associées positivement et significativement les attributions causales d'internalité et de contrôlabilité (r = .476, p = .000) d'une part, et les attributions causales de stabilité et de globalité (r = .399, p = .000) d'autre part. En ce qui concerne les relations suggérées, on constate que l'attribution causale d'internalité est positivement et significativement associée à la responsabilité de la situation (r = .743, p = .000), à la responsabilité de la solution (r = .453, p = .000), et dans une plus faible mesure à l'auto-blâme (r = .335, p = .000) et au contrôle des conséquences (r = .171, p = .034), appuyant ainsi sa relation proximale supposée avec les deux premières. Ainsi, plus les situations sont imputées à des causes internes, plus la personne se sent responsable et se blâme d'une part, et plus elle se sent responsable de la solution et perçoit un certain contrôle des conséquences d'autre part. L'attribution causale de globalité est significativement et positivement associée à la responsabilité de la situation (r = .290, p = .000), à la responsabilité de la solution (r = .294, p = .000), à l'auto-blâme (r = .282, p = .000), mais pas au contrôle des conséquences (r = -.082, p = .316). Autrement dit, plus la personne explique une situation par des causes globales, plus elle se sent responsable de la situation et de la solution, et plus elle a tendance à se blâmer. L'attribution causale de contrôlabilité est significativement et positivement associée à la responsabilité de la situation (r = .548, p = .000), à la responsabilité de la solution (r = .395, p = .000), au contrôle des conséquences (r = .536, p = .000), mais pas à l'auto-blâme (r = .116, p = .155). La perception de contrôle de la cause augmente donc avec le sentiment de responsabilité de la situation et de la solution, et renforce le contrôle perçu des conséquences[26]. En revanche, l'attribution causale de stabilité

[26] Nous rappelons que les inférences causales effectuées sont à nuancer au regard du devis corrélationnel de cette étude ne nous permettant pas de conclure à une quelconque direction. Nous interprétons cependant ces corrélations en référence à nos hypothèses.

n'est associée significativement à aucune autre dimension. Nous notons enfin les associations positives significatives entre la responsabilité de la situation et l'auto-blâme (r = .412, p = .000) d'une part, et entre la responsabilité de la solution et le contrôle des conséquences (r = .328, p = .000) d'autre part.

Les valeurs du tableau 6 mises entre parenthèse indiquent les coefficients de détermination (corrélations élevées au carré) exprimés en pourcentages. Ces pourcentages variant de 0,00% à 55,20%, confirment également cette tendance. Seul le coefficient de détermination associant l'attribution causale d'internalité et la responsabilité de la situation indique plus de 50% de variance partagée (55,20%).

Tableau 6 : Coefficients de corrélations et coefficients de détermination exprimés en pourcentages (entre parenthèses)

Echelles	Corrélations						
	1	2	3	4	5	6	7
1. CIE	_						
2. CDT	.013 (0,02)	_					
3. CSG	.108 (1,17)	.399** (15,92)	_				
4. Ccause	.476** (22,66)	-.067 (0,45)	-.076 (0,58)	_			
5. Resp.cause	.743** (55,20)	.157 (2,46)	.290** (8,41)	.548** (30,03)	_		
6. Auto-blâme	.335** (11,22)	.084 (0,71)	.282** (7,95)	.116 (1,35)	.412** (16,97)	_	
7. Resp. solution	.453** (20,52)	.142 (2,02)	.294** (8,64)	.395** (15,60)	.629** (39,56)	.344** (11,83)	_
8. Csolution	.171* (2,92)	.003 (0,00)	-.082 (0,67)	.536** (28,73)	.244** (5,95)	-.072 (0,52)	.328** (10,76)

Notes. CIE : attribution causale interne/externe ; CDT : attribution causale durable/temporaire ; CSG : attribution causale globale/spécifique ; Ccause : contrôle perçu de la cause ; Resp.cause : responsabilité perçue de la cause ; Resp.solution : responsabilité perçue de la solution ; Csolution : contrôle perçu des conséquences.
* p < .05 ; ** p < .01.

2.3.2.3. Structure factorielle

Afin d'étudier la structure factorielle de ces huit attributions, nous avons réalisé une analyse en axes principaux (méthode : rotation oblimin, Delta = 0) avec SPSS© 9.0.1. Nous avons effectué les tests de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) et de Bartlett. Rappelons qu'une

valeur KMO inférieure à .70 indique une faible validité, et qu'un test de Bartlett significatif ($p \leq .05$) autorise la poursuite de l'analyse.

L'indice du test de Kaiser-Meyer-Olkin (.727) révèle une bonne adéquation de notre échantillon, tandis que l'indice du test de sphéricité de Bartlett (Khi-deux à 28 ddl = 415,96, p = .000) révèle un test significatif (l'hypothèse H0 = la matrice de corrélation est égale à une matrice identité, est rejetée au profit de H1 = la matrice de corrélation est différente d'une matrice identité, ce qui justifie de rechercher des composantes).

Tableau 7. Analyses factorielle en axes principaux avec rotation oblimin sur les huit attributions

	Facteurs		
Echelles	1	2	3
Attribution causale d'internalité	.823		
Responsabilité de la situation	.896		
Auto-blâme	.478		
Responsabilité de la solution	.511		
Attribution causale de stabilité		.504	
Attribution causale de globalité		.766	
Contrôle perçu de la cause	.460		.495
Contrôle perçu des conséquences			.903
% de variance	34,403	15,057	7,757
Alpha de Cronbach	.78	.56	.69

Notes. La rotation a convergé en 10 itérations. Seules les saturations supérieures à .30 apparaissent dans le tableau

Le tableau 7 résume les résultats de l'analyse factorielle. L'analyse en axe principaux avec rotation oblimin assortie d'un Delta = 0, a permise d'obtenir une solution à trois facteurs dont les valeurs propres sont supérieures à 1, expliquant 57,22% de la variance totale. Le premier facteur est déterminé par les attributions d'internalité, d'auto-blâme, de responsabilité de la situation, de responsabilité de la solution, et dans une moindre mesure de contrôle perçu de la cause. Il s'apparente vraisemblablement à la perception de soi, à l'implication perçue de soi dans les situations négatives rencontrées. Nous l'appellerons 'perception de soi' dans la suite des analyses. Le second facteur regroupe les attributions causales de stabilité et de globalité, et semble renvoyer à la généralisation dans le temps et à travers les situations des causes identifiées. Nous le nommerons donc 'perception du futur'. Enfin, le troisième facteur est composé du contrôle perçu de la cause et du contrôle perçu de la solution. Semblant renvoyer au locus du contrôle, nous nous réfèrerons à ce facteur par le terme 'contrôle de l'action'.

La matrice de corrélations factorielles présentée dans le tableau 8, indique des relations relativement faibles entre les trois facteurs.

Tableau 8. Matrice de corrélation factorielle

Facteur	1	2	3
1	1.000	.245	.263
2	.245	1.000	-.119
3	.263	-.119	1.000

Notes. Méthode d'extraction : Factorisation en axes principaux
Méthode de rotation : Oblimin avec normalisation de Kaiser

Nous avons ensuite confirmé cette structure à trois facteurs en conduisant une analyse factorielle confirmatoire avec le logiciel AMOS© 18. Dans la mesure où deux de ces facteurs (perception du futur et contrôle de l'action) n'expliquent que deux cognitions, nous avons désagrégé le score issu de leur échelle respective, afin que chaque variable latente présente un nombre suffisant d'indicateurs.

Les indices d'ajustement du modèle étant insuffisant (khi-deux à 51 ddl = 173,06, p = .000 ; CFI = .803 ; RMSEA = .125), nous avons recouru aux indices de modifications. Suivant ces indices, nous avons ajouté des covariations entre les variances résiduelles de plusieurs indicateurs au sein des facteurs 'perception du futur' et 'contrôle de l'action'. La figure 4 présente ce modèle amélioré, dont les indices plaident en faveur d'un très bon ajustement (Khi-deux à 43 ddl = 55,815, p = .091 ; CFI = .979 ; RMSEA = .044). Le facteur « perception du futur » explique significativement les parcelles 1 et 2 des attributions causales de stabilité (β = .483, p < .01 et β = .424, p < .01 respectivement) et de globalité (β = .791, p < .01 et β = .647, p < .01 respectivement). Le facteur 'perception de soi' explique significativement l'attribution causale d'internalité (β = .759, p < .01), la responsabilité de la situation (β = .974, p < .01), la responsabilité de la solution (β = .648, p < .01) et l'auto-blâme (β = .427, p < .01). Enfin, le facteur 'contrôle de l'action' explique significativement les parcelles 1 et 2 du contrôle perçu de la cause (β = .844, p < .01 et β = .978, p < .01 respectivement) et du contrôle perçu des conséquences (β = .431, p < .01 et β = .479, p < .01 respectivement).

Le facteur 'perception de soi' est significativement positivement corrélé au facteur 'contrôle de l'action' (r = .516, p = .000) ainsi qu'au facteur 'perception du futur' (r = .357, p = .003). Les facteurs 'contrôle de l'action' et 'vision du futur' ne semblent pas

associés (r = -.076, p = .375). Ces corrélations révèlent des facteurs distincts et plaident en faveur de dimensions attributionnelles distinctes.

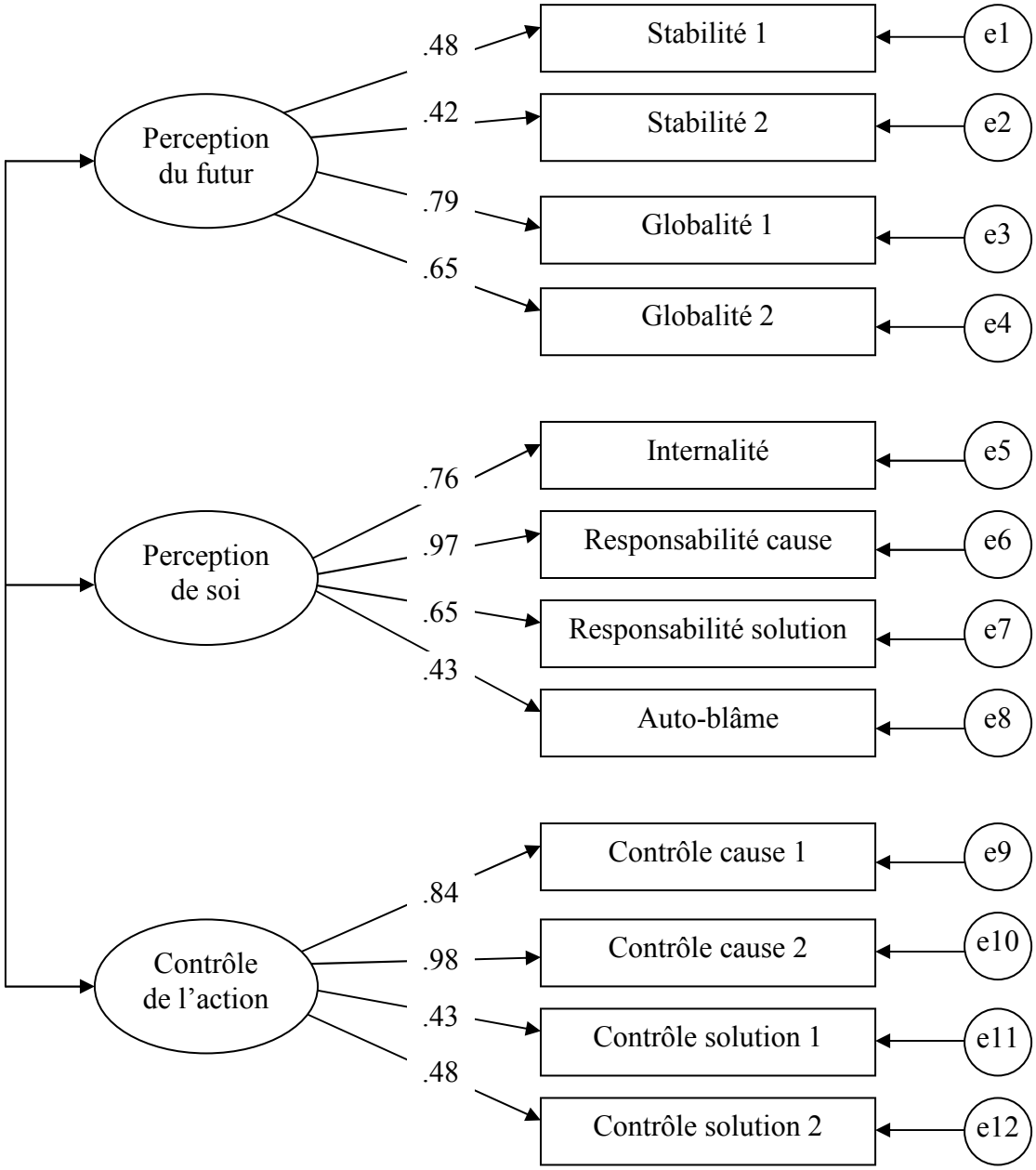


Figure 4. Structure factorielle confirmatoire des 8 attributions

Notes. Tous les effets sont significatifs à .01. Par manque de place, les covariations entre les variables résiduelles ne sont pas représentées dans cette figure.

2.3.2.4. Réseau nomologique

Afin d'évaluer l'indépendance conceptuelle entre ces huit cognitions, nous avons recouru à un dernier indicateur. En particulier, nous étudions le réseau nomologique des attributions au sein de chaque facteur afin d'évaluer si elles présentent des patterns relationnels distincts.

Facteur 1 : ‘perception de soi’

Le tableau 9 présente les corrélations obtenues entre les cognitions du facteur 1 et d’autres variables incluses dans cette étude. Les résultats indiquent que l’attribution causale interne/externe et la responsabilité de la cause se distinguent à travers leurs relations à l’humeur dépressive (r = .140, p = .085 et r = .224, p = .005 respectivement) ou encore à l’âge (r = -.141, p = .081 et r = -.189, p = .019 respectivement). Tandis que la tendance à endosser la responsabilité de la situation augmente avec l’humeur dépressive et diminue avec l’âge, la tendance à émettre des attributions causales internes n’est pas associée à ces facteurs.

L’attribution causale interne/externe et l’auto-blâme se différencient dans leurs associations à l’humeur dépressive (r = .140, p = .085 et r = .441, p = .000 respectivement), à l’auto-efficacité (r = -.069, p = .398 et r = -.290, p = .000 respectivement), à l’optimisme (r = -.013, p = .875 et r = -.199, p = .014 respectivement) ou encore au locus de contrôle interne (r = -.051, p = .531 et r = -.335, p = .000 respectivement). Alors que la tendance à l’auto-blâme augmente avec le score de dépression et diminue avec les croyances d’auto-efficacité, d’optimisme et de contrôle interne, l’attribution causale d’internalité n’est, là encore, pas associée à ces dimensions.

Enfin, l’attribution causale interne/externe et la responsabilité de la solution présentent des patterns différents dans leurs relations à l’humeur dépressive (r = .140, p = .085 et r = .161, p = .047 respectivement), à l’estime de soi (r = -.264, p = .001 et r = -.153, p = .058 respectivement) ou encore au locus de contrôle externe/autrui (r = -.061, p = .456 et r = -.169, p = .037 respectivement). Tandis que la tendance à endosser la responsabilité de la solution augmente avec l’humeur dépressive et diminue avec la perception de contrôle des autres, l’attribution causale interne est associée à une estime de soi amoindrie. L’attribution causale interne/externe semble donc se distinguer des autres cognitions du facteur 1, et notamment du sentiment de responsabilité et de l’auto-blâme comme le suggèrent certains auteurs (Shaver et Drown, 1986 ; Mantler *et al.,* 2003).

La responsabilité de la cause et l’auto-blâme se distinguent également dans leurs relations à l’auto-efficacité (r = -.077, p = .342 et r = -.290, p = .000 respectivement), à l’optimisme (r = -.096, p = .239 et r = -.199, p = .014 respectivement), au locus de contrôle interne (r = -.140, p = .084 et r = -.335, p = .000 respectivement) ou encore l’âge (r = -.189, p = .019 et r = -.065, p = .428 respectivement). Alors que la tendance à endosser la responsabilité de la situation diminue avec l’âge, la tendance à l’auto-blâme n’est pas associée à ce facteur et diminue avec un fort sentiment d’auto-efficacité, d’optimisme ou encore la perception de contrôle interne.

La responsabilité de la cause et la responsabilité de la solution n'affichent pas les mêmes associations à l'estime de soi (r = -.367, p = .000 et r = -.153, p = .058 respectivement) ainsi qu'au locus de contrôle externe/autrui (r = -.073, p = .373 et r = -.169, p = .037 respectivement). La tendance à endosser la responsabilité de la situation diminue avec une bonne estime de soi tandis que la tendance à endosser la responsabilité de la solution diminue avec la perception de contrôle d'autrui. Ces associations renforcent l'idée selon laquelle le sentiment de responsabilité peut avoir un impact différent en fonction de sa cible : la cause ou les conséquences d'une situation négative.

Tableau 9. Corrélations entre les cognitions du facteur 1 et d'autres variables

	CIE	Resp.cause	Auto-blâme	Resp.solution
Dépression	.140	.224**	.441**	.161*
Estime de soi	-.264**	-.367**	-.436**	-.153
Auto-efficacité	-.069	-.077	-.290**	.018
Optimisme	-.013	-.096	-.199*	.039
Locus interne	-.051	-.140	-.335**	.020
Locus externe/autrui	-.061	-.073	.141	-.169*
Locus externe/chance	-.041	-.056	.147	-.095
Age	-.141	-.189*	-.065	.010

Notes. CIE = attribution causale interne/externe ; Resp.cause = responsabilité perçue de la cause ; Resp.solution = responsabilité perçue de la solution
* $p < .05$; ** $p < .01$.

Enfin, l'auto-blâme et la responsabilité de la solution se différencient dans leurs relations à l'estime de soi (r = -.436, p = .000 et r = -.153, p = .058 respectivement), à l'auto-efficacité (r = -.290, p = .000 et r = .018, p = .829 respectivement), à l'optimisme (r = -.199, p = .014 et r = .039, p = .630 respectivement), au locus de contrôle interne (r = -.335, p = .000 et r = .020, p = .804 respectivement) ou encore le locus de contrôle externe/autrui (r = .141, p = .083 et r = -.169, p = .037 respectivement). Tandis que la tendance à l'auto-blâme diminue avec une bonne estime de soi, un fort sentiment d'auto-efficacité et d'optimisme, et la perception de contrôle interne, le sentiment de responsabilité de la solution diminue avec la perception de contrôle d'autrui.

Les quatre cognitions spécifiques au facteur 'perception de soi' présentent des patterns relationnels sensiblement différents, confirmant ainsi l'idée selon laquelle il s'agit de construits distincts.

Facteur 2 : 'perception du futur'

Comme le montre le tableau 10, les attributions causales durable/temporaire et globale/spécifique se distinguent dans leurs relations à l'optimisme (r = -.157, p = .052 et r = -.274, p = .001 respectivement) ainsi qu'au locus de contrôle externe/autrui (r = .121, p = .136 et r = .241, p = .003 respectivement). Alors que la tendance à émettre des attributions causale globales augmente avec la perception de contrôle par les autres et diminue chez les individus optimistes, la tendance aux attributions causales de stabilité ne présente pas d'association significative avec ces facteurs. Ces résultats suggèrent que ces deux attributions font intervenir des dimensions distinctes.

Tableau 10. Corrélations entre les cognitions du facteur 2 et d'autres variables

	CDT	CSG
Optimisme	-.157	-.274**
Locus externe/autrui	.121	.241**

Notes. CDT : attribution causale durable/temporaire ; CSG : attribution causale globale/spécifique
* p < .05 ; ** p < .01.

Facteur 3 : 'contrôle de l'action'

Comme le suggère le tableau 11, le contrôle perçu de la cause et le contrôle perçu des conséquences présentent des associations différentes à l'humeur dépressive (r = -.143, p = .078 et r = -.210, p = .009 respectivement), à l'optimisme (r = .194, p = .016 et r = .072, p = .378 respectivement), au locus de contrôle interne (r = .186, p = .022 et r = .099, p = .221 respectivement), au locus de contrôle externe/chance (r = -.156, p = .055 et r = -.180, p = .026 respectivement), à la situation familiale (r = -.203, p = .012 et r = .000 , p = .997 respectivement) ainsi qu'au niveau d'étude (r = .164, p = .043 et r = .069, p = .397 respectivement). La perception de contrôle personnel de la cause augmente avec un fort optimisme, la perception d'un contrôle interne et l'élévation du niveau d'étude, tandis que la perception de contrôle personnel des conséquences diminue avec l'humeur dépressive et avec la perception de contrôle externe lié à la chance. Ces résultats suggèrent que le contrôle perçu des conséquences entretient une relation plus proximale avec le score de dépression. Les deux dimensions du facteur de contrôle semblent donc faire intervenir des processus différents.

Tableau 11. Corrélations entre les cognitions du facteur 3 et d'autres variables

	Ccause	Csolution
Dépression	-.143	-.210**
Optimisme	.194*	.072
Locus interne	.186*	.099
Locus externe/chance	-.156	-.180*
Situation familiale	-.203*	.000
Niveau d'étude	.164*	.069

Notes. Ccause : contrôle de la cause ; Csolution : contrôle des conséquences
* $p < .05$; ** $p < .01$.

Afin d'étudier la distinction conceptuelle entre les huit cognitions, nous avons recouru à plusieurs indicateurs statistiques. Leur utilisation concomitante augmente ainsi la validité des résultats obtenus. Conformément à nos attentes, les résultats convergent en faveur d'une discrimination théorique et donc méthodologique nécessaire de ces concepts.

2.3.3. Explication de l'humeur dépressive : analyses en pistes causales

Afin de tester nos hypothèses concernant l'organisation structurale reliant les cognitions spécifiques à l'humeur dépressive, nous avons procédé à une modélisation par équations structurales à l'aide du logiciel AMOS©18 (Arbuckle, 2009).

2.3.3.1. Procédure

Le modèle présenté dans la figure 3 a été testé à l'aide du logiciel AMOS© 18 (Arbuckle, 2009). L'âge et le sexe ont été introduits comme variables exogènes de contrôle. Rappelons qu'un Khi-deux non significatif, un CFI supérieur à .90 et un RMSEA inférieur à .08 indiquent un bon ajustement du modèle théorique aux données. Les résultats obtenus, à savoir un Khi-deux à 28 ddl = 113,362, $p = .000$, un CFI = .812 et un RMSEA = .142 rendent compte d'un ajustement insuffisant. Afin d'améliorer le modèle, nous avons ajouté certaines modifications suggérées par le logiciel, et notamment une covariation entre les erreurs de structure des sentiments de responsabilité de la cause et de la solution d'une part, et entre l'auto-blâme et le contrôle des conséquences d'autre part. Trois effets ont été ajoutés : un effet direct du contrôle de la cause sur le contrôle des conséquences, un effet direct de l'âge sur la responsabilité perçue de la situation, et un effet direct de l'attribution causale de globalité sur l'humeur dépressive. Ces modifications améliorent le modèle de manière très satisfaisante avec un Khi-deux à 23 ddl = 30,606, $p = .133$, un CFI = .983 et un RMSEA = .047. La figure 5 présente ce modèle amélioré.

2.3.3.2. Test des effets directs

Le tableau 12 présente les effets directs du modèle. Conformément à nos attentes, les attributions causales d'internalité, de globalité et de contrôlabilité sont significativement et positivement associées à la responsabilité perçue de la situation (β = .560, p = .001 ; β = .208, p = .002 et β = .296, p = .004 respectivement) et à la responsabilité perçue de la solution (β = .290, p = .001 ; β = .263, p = .003 et β = .280, p = .002 respectivement). Autrement dit, plus la personne impute la situation négative à des causes internes, globales et contrôlables, plus elle endosse la responsabilité de la situation mais également de la solution. Nous noterons également que l'âge de la personne a un effet négatif sur la responsabilité de la cause (β = -.116, p = .007), signifiant que plus l'âge augmente, moins la personne a tendance à endosser la responsabilité d'une situation négative. L'attribution causale de stabilité n'a pas d'effet significatif sur ces dimensions, répliquant ainsi les résultats de certaines études (Pillow *et al*., 1991).

Tableau 12. Effets directs

Effets directs	Estimations	Significativité
Attribution d'internalité → responsabilité de la cause	.560	.001
Attribution d'internalité → responsabilité de la solution	.290	.001
Attribution de stabilité → responsabilité de la cause	.100	.129
Attribution de stabilité → responsabilité de la solution	.052	.564
Attribution de globalité → responsabilité de la cause	.208	.002
Attribution de globalité → dépression	.247	.002
Attribution de globalité → responsabilité de la solution	.263	.003
Contrôle de la cause → responsabilité de la cause	.296	.004
Contrôle de la cause → responsabilité de la solution	.280	.002
Contrôle de la cause → contrôle de la solution	.457	.001
responsabilité de la cause → auto-blâme	.394	.003
responsabilité de la solution → contrôle de la solution	.166	.028
Auto-blâme → dépression	.367	.003
Contrôle de la solution → dépression	-.167	.012
Age → responsabilité de la cause	-.116	.007

L'auto-blâme est positivement expliqué par la responsabilité de la situation (β = .394, p = .003), appuyant l'hypothèse selon laquelle le fait de s'attribuer la responsabilité d'une situation augmente la probabilité de se blâmer pour celle-ci. Le contrôle perçu des

conséquences est effectivement positivement expliqué par la responsabilité perçue de la solution (β = .166, p = .028), mais également par le contrôle perçu de la cause (β = .457, p = .001). Ainsi, plus la personne s'attribue le contrôle de la cause et se sent responsable de la solution, plus elle s'attribuera également le contrôle des conséquences.

Enfin, l'humeur dépressive est négativement expliquée par le contrôle perçu des conséquences (β = -.167, p = .012) et positivement expliquée par l'auto-blâme (β = .367, p = .003) mais également par l'attribution causale de globalité (β = .247, p = .002). Par conséquent, moins la personne perçoit de contrôle de l'issu des situations négatives, plus elle les explique par des causes globales et plus elle se blâme, plus elle devient vulnérable au développement d'affects dépressifs.

2.3.3.3. Test des effets indirects

Afin de tester les effets médiateurs du modèle, nous avons recouru à une procédure de rééchantillonnage (*bootstrap*). Rappelons qu'un effet indirect est significatif à .05 si son intervalle de confiance à 95% ne comporte pas de valeur nulle (Preacher et Hayes, 2008).

Le tableau 13 présente les effets indirects du modèle. Les attributions causales d'internalité, de globalité et de contrôlabilité ont un effet indirect significatif et positif sur le contrôle perçu des conséquences ([β = .048 ; 95% CI : .011, .101 ; p = .008] ; [β = .044 ; 95% CI : .007, .097 ; p = .015] et [β = .046 ; 95% CI : .004, .117 ; p = .017] respectivement) et sur l'auto-blâme ([β = .221 ; 95% CI : .105, .346 ; p = .002] ; [β = .082 ; 95% CI : .029, .170 ; p = .002] et [β = .117 ; 95% CI : .053, .203 ; p = .002] respectivement). Autrement dit, la responsabilité de la situation et la responsabilité de la solution ont donc un effet médiateur dans la relation entre les attributions causales et, d'une part, le contrôle perçu des conséquences, et d'autre part, la tendance à l'auto-blâme.

Tableau 13. Effets indirects

	CIE	CDT	CSG	CC	Respsi	Respso	Age
Csol	.048**	.009	.044*	.046*			
Blâme	.221**	.039	.082**	.117**			-.046**
BDI	.073**	.013	.023	-.041	.145**	-.028*	-.017**

Notes. CIE : attribution causale interne/externe ; CDT : attribution causale durable/temporaire ; CSG : attribution causale globale/spécifique ; CC : contrôle perçu de la cause ; Respsi : responsabilité perçue de la cause ; Respso : responsabilité perçue de la solution ; Csol : contrôle perçu des conséquences ; BDI : dépression
* p < .05 ; ** p < .01.

La responsabilité perçue de la situation et la responsabilité perçue de la solution ont un effet indirect significatif sur l'humeur dépressive, positif pour la première (β = .145 ; 95% CI : .051, .251 ; p = .003) et négatif pour la seconde (β = -.028 ; 95% CI : -.077, -.003 ; p = .016). Ainsi, le contrôle perçu des conséquences et l'auto-blâme ont bien un effet médiateur de la relation entre l'endossement de la responsabilité et les affects dépressifs.

Parmi les attributions causales, seule l'attribution d'internalité conserve un effet indirect significatif sur le score de dépression (β = .073 ; 95% CI : .020, .147 ; p = .002). Enfin, nous notons l'effet indirect négatif significatif de l'âge sur la tendance à l'auto-blâme (β = -.046 ; 95% CI : -.103, -.009 ; p = .009) et l'humeur dépressive (β = -.017 ; 95% CI : -.044, -.003 ; p = .007).

La figure 5 présente ce modèle amélioré dans lequel la responsabilité perçue de la solution est expliquée à hauteur de 32,6%, la responsabilité perçue de la cause à hauteur de 67,7%, le contrôle perçu des conséquences à hauteur de 29,6% et l'auto-blâme à hauteur de 15,5%. Au final, ce modèle permet d'expliquer 24,4% de la variance de la dépression.

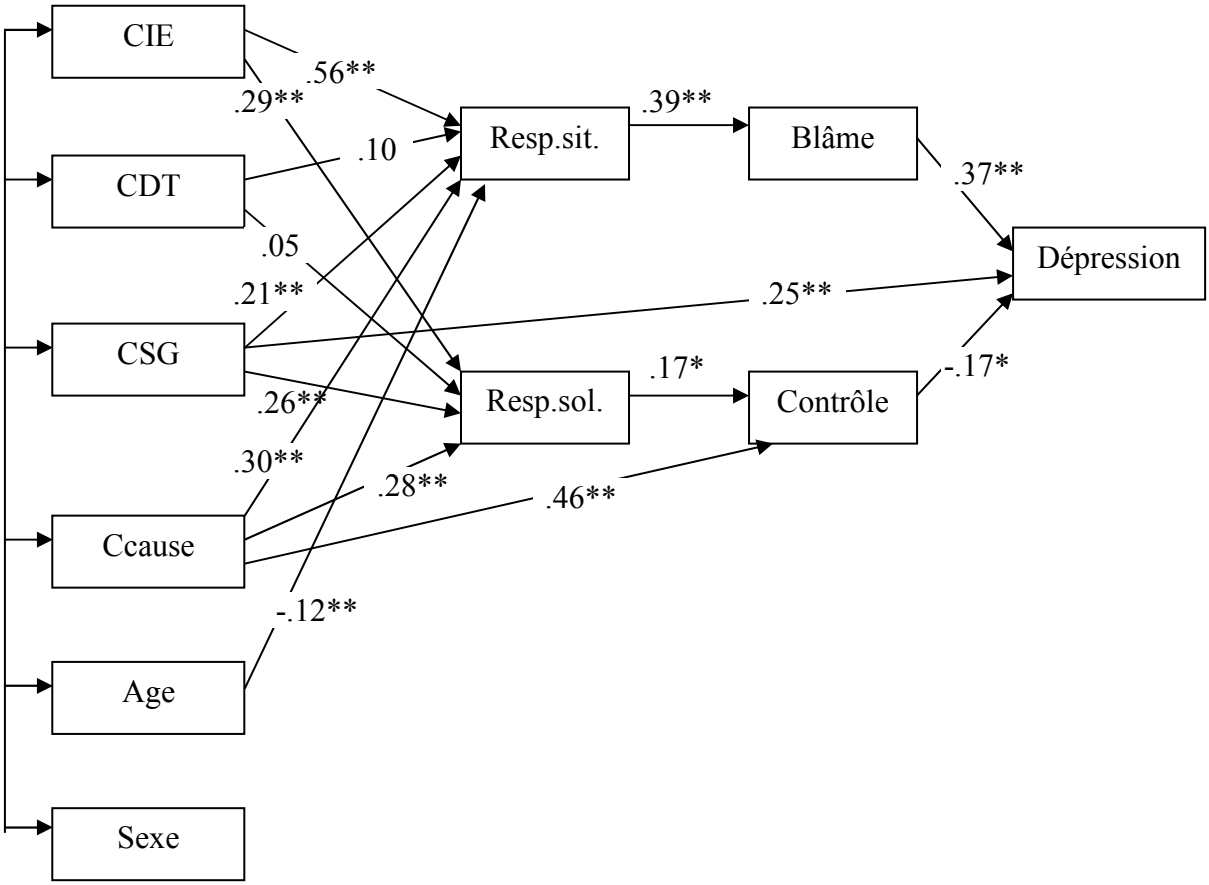


Figure 5. Modèle en pistes causales amélioré

Notes. Les corrélations sont significatives à 5% (*) ou 1% (**) ; CIE : attribution causale interne vs externe ; CDT : attribution causale durable vs temporaire ; CSG : attribution causale globale vs spécifique ; Ccause : contrôle perçu de la cause ; Resp.sit. : responsabilité perçue de la situation ; Resp.sol. : responsabilité perçue de la solution.
Par manque de place, les variables résiduelles ne sont ici pas représentées dans cette figure.

2.4. Discussion

Avant de rappeler nos principaux résultats, il nous semble important de ne pas perdre de vue plusieurs limites de cette étude. Ces limites sont d'abord méthodologiques. Le recours à la modélisation par équations structurales est une méthode permettant d'établir des relations causales statistiques. Elle reste cependant basée sur des corrélations transversales et ne peut remplacer des études longitudinales. Aussi, les causalités ici spécifiées restent hypothétiques et nécessitent d'être appuyées par d'autres recherches. Par ailleurs, la taille de notre échantillon (N = 153) reste faible et sa composition est majoritairement féminine. Aussi, la généralisation de nos résultats à la population générale ne semble pas possible tant qu'ils n'auront pas été confortés. Rappelons à présent l'objectif de cette étude et ses principaux résultats.

Notre objectif principal était de mettre à l'épreuve un modèle structural explicatif de l'humeur dépressive, comportant huit cognitions spécifiques. A cette fin, nous avons dans un premier temps proposé une opérationnalisation nouvelle pour 5 d'entre elles. Leur mise en perspective au sein des mêmes situations nous paraissait intéressante. Chaque dimension a donc été évaluée par un même item dans douze situations aversives, soit par douze items au total. La consistance interne de ces échelles s'est avérée satisfaisante, la plus élevée étant celle de l'auto-blâme. Seule l'échelle de contrôle perçu de la cause présente un coefficient problématique (α = .47). Nous pensons que cette faiblesse peut être imputée à la formulation de l'item, qui potentiellement, recouvre deux dimensions distinctes. L'item « Dans quelle mesure pensez-vous que vous pouviez contrôler cette cause et prévenir cette situation ? » est susceptible de contenir une dimension de contrôle et une dimension de prévention. La mise à l'épreuve d'une formulation alternative permettrait de confirmer cette hypothèse. Les huit cognitions se sont révélées fortement corrélées, témoignant ainsi de leur proximité au sein du processus transactionnel. Leurs faibles variances partagées ainsi que leurs patterns relationnels distincts ont cependant permis d'appuyer leur différence. En outre, les analyses factorielles ont suggéré que ces dimensions saturaient trois facteurs distincts, s'apparentant respectivement à la perception de soi, au locus du contrôle de l'action et à la perception du futur. Cette organisation rejoint la structure souvent décrite des symptômes cognitifs caractéristiques de la dépression. Notamment, Beck (1987) proposait une structure tripartite des cognitions négatives, affectant la perception de soi, de l'environnement et du futur. Hormis la proposition théorique unifiée de Beck, les caractéristiques individuelles stables constituant un facteur de risque de la dépression ont généralement trait (1) à soi, comme l'estime de

soi (Brown et Harris, 1978), (2) au contrôle sur le monde, comme l'auto-efficacité (Bandura, 1977) ou le locus de contrôle (Rotter, 1966 ; Levenson, 1974), ainsi que (3) au futur tel que l'optimisme dispositionnel (Scheier et Carver, 1985). Les huit cognitions étudiées ici semblent donc s'organiser autour des mêmes thématiques.

Le second objectif de cette étude était de mettre à l'épreuve une organisation structurale entre ces huit cognitions. Conformément à nos attentes, nos résultats soutiennent la séquence associant l'attribution causale interne à la responsabilité de la situation et à l'auto-blâme. Comme le proposaient certains auteurs (Mantler *et al.*, 2003 ; Shaver et Drown, 1986), si l'auto-blâme implique un sentiment de responsabilité qui lui-même implique une attribution interne, l'inverse n'est pas nécessairement vrai. Aussi, nous relayons leur appel et encourageons les recherches futures à distinguer plus précisément ces dimensions. En outre, cette séquence a été étendue aux attributions causales de globalité et de contrôlabilité. Ces dimensions semblent également avoir un effet néfaste en favorisant la tendance à l'auto-blâme.

Par ailleurs, nos résultats nous ont permis de répliquer une autre séquence structurale, reliant les attributions causales au contrôle perçu des conséquences. Comme nous l'avions mis en évidence dans l'étude précédente, les attributions causales d'internalité et de globalité ont un effet bénéfique par l'intermédiaire de leur impact sur le contrôle perçu. Plusieurs éléments nouveaux éclairent ce mécanisme. D'une part, l'ajout du contrôle perçu de la cause aux côtés des autres attributions s'est révélé judicieux puisque cette dimension explique une part importante du contrôle perçu des conséquences, sur lequel elle a par ailleurs un effet direct. D'autre part, ce mécanisme a été ici enrichi d'une cognition supplémentaire, à savoir la responsabilité perçue de la solution. Cette dimension médiatise effectivement la relation entre les attributions causales et la perception de contrôle des conséquences. Notons que les deux formes de responsabilité, attenantes à la cause et à la solution, s'avèrent dans cette étude fortement corrélées. L'analyse de leur réseau nomologique appuie toutefois leur distinction théorique. Cependant, d'autres études incluant ces deux dimensions nous semblent encore nécessaires afin de mieux cerner leur relation. Aussi, la mise en parallèle de ces deux mécanismes, l'un bénéfique, l'autre délétère, n'a pas altéré leur fonctionnement respectif. Il semble donc que les attributions causales puissent avoir des effets différents en favorisant aussi bien l'auto-blâme que la perception salutaire de contrôle.

Bien que notre étude n'investisse pas directement le paradoxe observé dans la dépression (Abramson et Sackeim, 1977 ; Peterson, 1979 ; Garber et Hollon, 1980 ; Peterson *et al.,* 1981), nous souhaiterions y apporter un éclairage à la lumière de ces

résultats. Rappelons que ce paradoxe concerne la potentielle concomitance de deux cognitions dans l'humeur dépressive : l'auto-blâme et le contrôle perçu. En particulier, les personnes en dépression se blâmeraient face à des situations dans lesquelles elles ne perçoivent pas de contrôle. Nous avons noté que les auteurs n'ont à notre sens, jamais été véritablement clairs sur cette notion de contrôle et notamment sur son focus. Or notre étude inclut une évaluation distincte de deux types de contrôle, l'un portant sur la cause et l'autre sur la conséquence. Nos résultats révèlent une association indirecte significative et positive entre le contrôle perçu de la cause et l'auto-blâme, rejoignant ainsi la proposition d'Abramson *et al.* (1978) d'après lesquels le blâme résulterait d'une perception de causes contrôlables. Elle contrecarre par conséquent la proposition de Janoff-Bulman (1979, 1982) selon laquelle l'incontrôlabilité perçue mène davantage à un blâme caractérologique, lui-même plus délétère que le blâme comportemental. Nous pensons avec Shaver (1985) que l'attribution de blâme correspond à un jugement particulièrement négatif de soi et qu'il est nécessairement délétère, comme en témoignent d'ailleurs plusieurs études (Frazier, 2000, 2003 ; O'Neill et Kerig, 2000). Dans la théorie de Janoff-Bulman (1979), l'attribution interne justifie l'identification du blâme, et la dénomination 'caractérologique' ou 'comportementale' dépend des attributions de globalité et de stabilité. Or comme nous l'avons vu dans nos résultats, les mêmes attributions causales internes, globales et contrôlables mènent à des conséquences variées telles que l'auto-blâme mais également la perception de contrôle des conséquences, auxquelles on ne peut donc les assimiler strictement. L'association positive obtenue entre le contrôle de la cause et l'auto-blâme plaide donc en faveur de l'absence de paradoxe de la dépression et vient appuyer la nécessité de distinguer systématiquement ces différents concepts (Shaver et Drown, 1986). Nous notons enfin dans nos résultats l'absence de corrélation significative entre l'auto-blâme et le contrôle perçu des conséquences, suggérant deux mécanismes indépendants. Notre étude ne permet cependant pas de dire s'ils sont observables chez les mêmes personnes ou s'ils distinguent justement des individus différents. Autrement dit, ces mécanismes opèrent-ils de manière concomitante ou sont-ils susceptibles de caractériser des styles cognitifs différents, et potentiellement les personnes vulnérables des personnes non vulnérables aux affects dépressifs ? La question reste ouverte.

Une troisième étape de notre étude consistait à mettre à l'épreuve ces séquences attributionnelles dans l'explication de l'humeur dépressive. Nos résultats confirment généralement nos hypothèses. L'humeur dépressive est directement expliquée par l'auto-blâme et le contrôle perçu des conséquences. Seule l'attribution causale d'internalité conserve un effet indirect significatif sur le score de dépression, suggérant que les

attributions causales ont un effet non pas sur l'humeur dépressive, mais sur d'autres dimensions plus proximales. Leur impact pourrait donc s'effectuer via la responsabilité de la situation et la responsabilité de la solution, ayant toutes deux un effet indirect significatif sur l'humeur négative. Le manque de prise en compte de ces dimensions intermédiaires pourrait ainsi expliquer les inconsistances de résultats fréquemment dénoncées (Anderson et Arnoult, 1995 ; Coyne et Gotlib, 1983 ; Manly *et al.,* 1982 ; Ralph et Mineka, 1998 ; Spangler et Burns ; 1999). Notons enfin que l'attribution causale de globalité conserve également un effet direct sur l'humeur dépressive. Ce constat rejoint celui d'autres études montrant l'effet prépondérant et parfois unique de cette attribution causale par rapport aux attributions de stabilité et d'internalité (Bruch et Belkin, 2001). Alors que les études portant sur le modèle attributionnel (Abramson *et al.,* 1978) rapportent des résultats généralement inconsistants, certains auteurs ont par exemple montré que l'attribution causale de globalité présentait la relation directe la plus consistante à la dépression (Cochran et Hammen, 1985). Au final, cet ensemble attributionnel explique plus de 24% de la variance de la dépression, témoignant de l'importance de la prise en compte de ces transactions dans la compréhension du développement des affects dépressifs.

La lecture que nous proposons de ces résultats nous conduit à appuyer la nécessité de distinguer précisément différents concepts. Notamment, les attributions d'internalité, de responsabilité et d'auto-blâme sont vraisemblablement des construits distincts, nous rejoignons ainsi l'appel de plusieurs auteurs (Shaver, 1985 ; Shaver et Drown, 1986 ; Mantler *et al.,* 2003). Ce besoin de distinction semble d'autant plus fondamental que ces dimensions ont un impact différent. Si l'auto-blâme semble néfaste, l'internalité peut cependant conduire à des effets bénéfiques sur la santé mentale. L'internalité ne justifie donc pas systématiquement le jugement de valeur négatif que représente le blâme. Autrement dit, si le blâme implique un jugement de responsabilité impliquant lui-même une attribution d'internalité, l'inverse n'est pas vrai.

Par ailleurs, cette étude nous amène nécessairement à interroger le statut des attributions causales. Leur mise en perspective avec d'autres attributions fait disparaitre leur effet direct et parfois indirect sur l'humeur dépressive, dans la mesure où l'auto-blâme et le contrôle perçu occupent le premier rôle. La tendance au blâme et à la responsabilité a largement été défendu par Beck (1963, 1987) comme étant des symptômes fréquemment retrouvés dans la dépression. Nos résultats plaident donc en faveur d'une relation plus proximale entre les affects et l'auto-blâme, qu'entre les affects et les attributions causales.

CHAPITRE II : L'HUMEUR DEPRESSIVE A L'EPREUVE DES ECARTS ENTRE LES SOIS

Lors du précédent chapitre, nous avons présenté deux études dont les objectifs étaient d'étudier précisément différentes cognitions spécifiques. Ce second chapitre empirique s'oriente à présent sur d'autres dimensions dont le rôle a été souligné dans la détresse psychologique, à savoir les écarts entre les sois. Ces concepts présentent selon nous un grand intérêt, du fait notamment de leur implication clinique. Les écarts entre les sois ont en effet été largement mis en avant au sein du processus thérapeutique (Rogers, 1951), et semblent en outre intéresser des chercheurs et praticiens d'orientation tant cognitive que psychodynamique. Pourtant, force est de constater que les études systématiques menées sur ces concepts n'apportent pas encore de vision unifiée de leur fonctionnement. En outre, il n'existe à notre connaissance, aucun outil en langue française permettant d'évaluer ces écarts entre les sois. Aussi, nous commençons ce chapitre en présentant l'étude des qualités psychométriques de notre adaptation française d'un récent outil anglophone (*Integrated Self-Discrepancy Index* ; Hardin et Lakin, 2009). Nous poursuivrons ensuite ce chapitre en présentant une tentative d'intégration des données obtenues avec les cognitions spécifiques et les écarts entre les sois, au sein d'un même modèle explicatif de l'humeur dépressive.

1. ÉTUDE 3 : ADAPTATION FRANÇAISE ET VALIDATION DE L'ECHELLE DES ECARTS ENTRE LES SOIS DE HARDIN ET LAKIN (2009)

1.1. Objectifs

Nous avons souhaité pallier l'absence d'outil en langue française qui permette l'évaluation psychométrique des écarts entre les sois. Cette lacune est plutôt curieuse compte tenu de l'intérêt que portent les praticiens à la réduction des écarts entre le soi actuel et les aspirations personnelles. Dans le cadre du développement de sa 'thérapie centrée sur la personne', Rogers (1951) supposait déjà que la pathologie résultait d'une incongruence perçue entre le soi et l'expérience, et que les défenses alors mises en place, comme la déformation de la réalité, avait pour objectif de restaurer une certaine congruence. Selon lui, « il convient de noter que les perceptions sont écartées parce qu'elles s'opposent [à l'image du soi] et non parce qu'elles sont peu flatteuses » (Rogers,

1951, p. 506 ; cité dans Pervin et John, 2004). Comme nous l'avons vu dans notre partie théorique, d'autres auteurs ont mis en avant les conséquences pour la santé mentale de l'existence d'écart au soi idéal notamment, et parmi eux Higgins (1987). Cet auteur propose pour la première fois de relier des émotions spécifiques à deux types d'écarts au soi : l'écart au soi idéal et l'écart au soi moral. Au même moment, Ogilvie défend l'intérêt tout aussi important selon lui, de l'écart au soi non désiré (1987). Les quelques outils disponibles permettant la mesure de ces différents écarts entre les sois, ont principalement été conçus aux Etats-Unis. Il nous parait donc intéressant de les mettre à disposition des chercheurs et praticiens francophones. Aussi, cette étude a pour objectif de proposer une adaptation française de l'échelle des écarts entre les sois de Hardin et Lakin (*Integrated Self-Discrepancy Index* ; Hardin et Lakin, 2009) et d'en tester les qualités psychométriques. Notre choix s'est porté sur ce questionnaire en raison des améliorations substantielles qu'il comporte par rapport aux outils précédemment développés.

1.1.1. L'évaluation des écarts entre les sois : différentes approches en compétition

Deux méthodes de mesure sont classiquement employées. Leur adéquation ne fait cependant toujours pas consensus, comme nous allons le voir :

- L'approche idiographique : cette méthode consiste à recueillir des adjectifs décrivant les différents types de soi, en privilégiant l'identification spontanée et personnelle de ces caractéristiques par les participants. Le *Selves Questionnaire* développé par Higgins *et al*. (1985) est un exemple de questionnaire favorisant cette approche. On y demande aux participants de rapporter par eux-mêmes 60 adjectifs au total, dont les expérimentateurs codent ensuite la proximité ou la dissemblance à l'aide d'un thésaurus. Cependant les forces de cette méthode en constituent aussi les limites. Demander aux participants de chercher 60 adjectifs pour décrire leurs différents sois est un exercice particulièrement difficile, couteux en énergie et en temps. La cotation représente par ailleurs un travail particulièrement laborieux pour les chercheurs. C'est la raison pour laquelle certains auteurs se sont ensuite tournés vers une autre méthode.

- L'approche nomothétique : cette méthode a notamment été proposée par Tangney *et al.* (1998) pour pallier les inconvénients de l'approche idiographique. Elle consiste à soumettre une liste d'adjectifs aux participants, en leur demandant d'en

retirer ceux qui décrivent le mieux leurs différents types de soi. Les auteurs ont rapporté de fortes corrélations entre les deux approches, et des associations similaires entre les sois d'une méthode à l'autre. Cependant cette méthode a elle aussi fait l'objet de critiques. Si les temps de passation et leurs biais associés sont contrôlés, l'utilisation d'une liste préconçue d'adjectifs ne rendrait pas compte des caractéristiques les plus saillantes pour l'individu (Higgins, 1999).

1.1.2. L'ISDI : une méthode intégrative

Afin de pallier les critiques de l'une et de l'autre méthode, Hardin et Lakin (2009) ont récemment développé une méthode alternative, intégrant les avantages des précédentes tout en maitrisant leurs biais. L*'Integrative Self-Discrepancy Index* (ISDI) permet la mesure de six états du soi, résultant de l'association entre trois types de soi (soi idéal, soi moral et soi non désiré) et deux points de vue (du sien propre et de celui d'un autre significatif). Rappelons que le soi idéal correspond au type de personne auquel l'individu souhaiterait correspondre, tandis que le soi moral représente les caractéristiques que la personne pense avoir le devoir moral d'endosser. Tandis que le premier fait référence aux aspirations personnelles, le second relève davantage de traits désirables socialement et culturellement. Enfin, le soi non désiré comprend les caractéristiques que la personne juge indésirables et auxquelles elle ne souhaite pas correspondre. La première page du questionnaire expose la consigne aux participants, et défini les différents types de soi qu'ils vont devoir décrire en rapportant pour chacun d'entre eux 10 adjectifs, cinq de leur point de vue, et cinq du point de vue d'une personne proche :

Consigne *:*
Pensez à toutes les personnes importantes dans votre vie (par exemple, vos amis, des êtres chers, vos parents, vos frères et sœurs, etc.). Parmi ces personnes, quelle est celle dont les opinions comptent le plus pour vous ? Ecrivez son nom ci-dessous :

_____
(nom de la personne importante)

Dans les pages suivantes, plusieurs questions vous demanderont de vous référer à cette personne.

A présent, il va vous être demandé d'établir une liste des caractéristiques que ***cette personne*** *pourrait vous attribuer, mais également que* ***vous*** *pourriez vous attribuer à vous-même. On vous demandera de les lister dans 3 catégories différentes :*

- *La personne que vous* ***devriez*** *être, c'est-à-dire les traits de caractère que vous (ou la personne ci-dessus) pensez devoir posséder ; le type de personne que vous avez le devoir, l'obligation ou la responsabilité d'être ; les traits de caractère que vous devriez moralement posséder.*

- *La personne que vous **souhaiteriez idéalement** être, c'est-à-dire les traits de caractère que vous (ou la personne ci-dessus) aimeriez idéalement posséder ; le type de personne que vous souhaiteriez, désireriez ou espéreriez être (ou le type de personne que la personne ci-dessus souhaite, désire ou espère que vous soyez).*
- *La personne que vous **ne désireriez pas** être, c'est-à-dire les traits de caractère que vous (ou la personne ci-dessus) ne voulez pas posséder ; les traits de caractère qui sont indésirables.*

Bien entendu, en fonction de vos valeurs vous avez certainement votre propre définition de « la personne que vous devriez être » ou de « la personne que vous souhaiteriez idéalement être ». Cependant ici, dans le cadre de notre recherche, nous vous proposons une définition à laquelle nous vous demandons de vous référer.

Par exemple :
Je peux espérer être riche un jour et le devenir pourrait être un de mes objectifs, mais je pense pour autant en avoir ni le devoir, ni l'obligation morale. Ainsi, « riche » pourrait être un adjectif qui décrit le type de personne que je voudrais idéalement être, mais ce n'est pas un mot qui décrit le type de personne que je pense devoir être.

En accord avec l'approche idiographique, il est demandé aux participants de rapporter par eux-mêmes 10 traits pour chaque type de soi, cinq de leur point de vue et cinq du point de vue d'une personne proche, soit 30 adjectifs au total. Les participants se voient ensuite proposés une liste d'adjectifs – l'élément nomothétique – destinée à les aider à trouver les mots adéquats, s'ils en éprouvaient le besoin.

À l'issue de cette première étape, ils évaluent à l'aide d'une échelle de Likert en 5 points, dans quelle mesure chacun des adjectifs rapportés les décrit réellement ou s'appliquent à eux en ce moment, en rapportant devant chacun d'entre eux le numéro le plus approprié, de 1 « ne me décrit pas du tout », à 5 « me décrit complètement ». Cette procédure facilite grandement le travail de cotation des chercheurs, et présente l'avantage d'être produit par les participants eux-mêmes.

Un score est obtenu pour chaque type de soi, en calculant la moyenne des 10 réponses. Pour chaque sous-échelles, plus le score est élevé, plus l'écart au soi est faible (*i.e.* plus sa concordance au soi actuel est forte). Un score total à l'échelle peut également être obtenu en calculant la moyenne des réponses aux 30 adjectifs. Les réponses obtenues pour le soi non désiré seront alors inversées et recodées.

À ce jour, très peu d'études ont intégré ce questionnaire et les données disponibles (Hardin et Lakin, 2009 ; Hardin et Leong, 2005) rapportent des coefficients alphas de .81 à .85 pour l'écart au soi idéal, de .80 à .88 pour l'écart au soi moral, et de .73 à .83 pour l'écart au soi non désiré, suggérant une consistance interne élevée pour chacune des échelles. Elles présentent toutes des interrelations significatives, positives entre les sois

idéal et moral, et négatives entre ces deux sois et le soi non désiré. Ces écarts aux sois sont associés à l'humeur anxieuse et dépressive. Conformément aux prédictions du modèle (Higgins, 1987), l'écart au soi idéal est positivement et uniquement associé à la dépression, tandis que l'écart au soi moral est positivement et uniquement associé à l'anxiété (Hardin et Lakin, 2009). L'écart au soi non désiré est négativement associé à ces deux types d'affects négatifs (Hardin et Leong, 2005). Par ailleurs, les écarts aux sois idéal et moral sont négativement associés à l'optimisme dispositionnel et positivement corrélés au pessimisme. A l'inverse, l'écart au soi non désiré est positivement associé à l'optimisme et négativement corrélé au pessimisme (Hardin et Leong, 2005). Notons que la construction de ce questionnaire étant très récente, celui-ci n'a pas encore été testé dans une population autre qu'estudiantine, et sa fidélité test-retest est inconnue. L'objectif de cette étude est d'évaluer les qualités psychométriques d'une adaptation française de l'échelle de Hardin et Lakin (2009), afin de l'introduire dans l'étude suivante. En particulier, nous étudions la structure factorielle de cette échelle, ainsi que sa validité de construit.

1.2. Méthode

1.2.1. Traduction

L'ISDI a tout d'abord été traduit en suivant en partie la procédure de Vallerand (1989). La première étape a consisté en la préparation d'une version préliminaire. Afin de minimiser les biais inhérents à la traduction par l'expérimentateur lui-même, nous avons soumis l'ISDI à trois traducteurs bilingues. L'un d'entre eux est anglais et lecteur en France, tandis que les deux autres sont français et enseignants d'anglais en lycée professionnel, et en classes préparatoires aux grandes écoles. La seconde étape a consisté à évaluer ces trois versions préliminaires, par une approche de type comité. Plusieurs experts, chercheurs dans différents champs de la psychologie, ont donc été réunis afin de préparer une version expérimentale. Les items faisant l'objet d'une traduction similaire auprès des trois experts bilingues ont été conservés, tandis que les autres ont été discutés en comité jusqu'à l'obtention d'un consensus. Enfin, lors de la troisième étape, nous avons réalisé un prétest de clarté de la version expérimentale retenue, en soumettant à des personnes de la population cible ($N = 10$) le questionnaire et en leur demandant d'encercler toute expression leur semblant ambigüe. A l'issue de ce prétest, quelques légères modifications ont été apportées et une version finale a été retenue. Cette version est présentée dans l'annexe 8.

1.2.2. Procédure

Conformément aux recommandations de Hardin et Lakin (2009) nous avons demandé aux participants de remplir l'ISDI dans un premier temps, puis une semaine après, de compléter les mesures associées. En demandant aux participants de réfléchir à l'écart entre ce qu'ils aimeraient être, ce qu'ils pensent devoir être, ce qu'ils ne désirent pas être, et ce qu'ils pensent être actuellement, il est en effet possible que nous réactivions ces écarts, et risquions ainsi d'obtenir des corrélations trop élevées et donc biaisées. Ce délai d'une semaine étant généralement celui utilisé dans les études utilisant l'ISDI, nous l'avons choisi afin de faciliter les comparaisons entre les études.

Selon les recommandations des auteurs[27], nous avons introduit à la suite de la consigne des questions de validité, afin de nous assurer que les participants distinguaient bien ce que nous entendions par « la personne que vous devriez être » et « la personne que vous souhaiteriez être ». Des confusions entre ces concepts ont en effet été soulevées (Hardin et Lakin, 2009), et supposées être une source potentielle d'inconsistances de résultats. De « mauvaises » réponses à ces questions requièrent en principe le retrait du questionnaire de l'étude. Dans notre étude, nous avions initialement 177 participants. Parmi eux, nous avons relevé 135 'bons' répondants contre 42 'mauvais' répondants. Des analyses de variance ont effectivement permises d'établir l'existence d'une différence significative sur la sous-échelle de l'écart au soi idéal (F = 11,56, p = .001) entre les bons (M = 2,77 ; SD = 0,64) et les mauvais (M = 3,20 ; SD = 0,92) répondants. Nous avons par conséquent exclut les mauvais répondants de l'étude, nous amenant au final à un échantillon de 135 participants.

1.2.3. Participants

L'étude de validation a été effectuée auprès d'un échantillon de 135 personnes, composé de 50 hommes et 85 femmes dont l'âge varie de 18 à 58 ans (moyenne = 24,75 ans ; écart-type = 8,64). 74,8% des participants sont célibataires, 23,7% sont mariés ou vivent maritalement, et 0,7% sont divorcés. Deux formes de questionnaires ont été proposées, une version informatisée ainsi qu'une version papier-crayon. Cette procédure nous a permise de diffuser le questionnaire auprès d'une population variée composée de 69,6% d'étudiants et de 29,6% de personnes actives (cf. questions en annexe 9). Les participants ont à chaque fois été informés de l'anonymat et de la confidentialité de leurs réponses, et se sont vu offrir la possibilité de contacter l'expérimentateur afin d'obtenir les résultats de la recherche.

[27] Hardin met à disposition des chercheurs une version du questionnaire ainsi qu'un ensemble d'informations relatives à l'ISDI sur son site internet http://webpages.acs.ttu.edu/erhardin/ISDI.html

1.2.4. Instruments de mesure

Outre l'échelle des écarts entre les sois, les participants ont rempli les mesures suivantes :

- Détresse psychologique : l'échelle de dépression et d'anxiété (HADS ; Zigmond & Snaith, 1983) est composée de 14 items, les 7 items impairs mesurant l'anxiété et les 7 items pairs la dépression. Le format des réponses consiste en une échelle de type Likert en 4 points allant de 0 à 3. Pour chaque construit, le sujet obtient un score variant de 0 à 21 points. Les scores élevés indiquent des niveaux d'anxiété et de dépression plus sévères. Nous avons utilisé la version française validée par Razavi *et al.* (1989) (annexe 5). Dans la présente étude, les coefficients alpha de Cronbach est de .68 pour la sous-échelle de dépression, et de .78 pour la sous-échelle d'anxiété.

- L'estime de soi : l'échelle de l'estime de soi (RSE ; Rosenberg, 1965) est composée de 10 items évalués sur une échelle de type Likert en 4 points, allant de 1 « tout à fait en désaccord » à 4 « tout à fait en accord ». Le codage des items 3, 5, 8, 9 et 10 est inversé. Le score varie donc de 10 à 40. Un score élevé indique une estime de soi élevée. Nous avons utilisé la version française de Vallières et Vallerand (1990) (annexe 4). Dans la présente étude, le coefficient alpha de Cronbach de l'échelle est de .87.

- Le sentiment d'auto-efficacité : l'échelle d'auto-efficacité générale (GSES ; Schwarzer et Jerusalem, 1995) est composée de 10 items, évalués sur une échelle de type Likert en 4 points, allant de 1 « pas du tout vrai » à 4 « totalement vrai ». Le score varie de 10 à 40. Un score élevé témoigne d'un fort sentiment d'efficacité personnelle. La version française utilisée est celle de Dumont *et al.* (Dumont *et al.,* 2000 ; Dumont *et al.,* 2003) (annexe 3). La consistance interne de l'échelle est de .85 pour nos participants.

- L'optimisme dispositionnel : l'échelle d'optimisme dispositionnelle (LOT-R ; Scheier, Carver & Bridges, 1994) est composée de 10 items évalués sur une échelle de type Likert en 5 points (allant de 0 « totalement en désaccord » à 4 « totalement d'accord »). Les items 1, 4 et 10 évaluent le degré d'optimisme des participants, tandis que les items 3, 7 et 9 évaluent leur degré de pessimisme. Les quatre autres items (2, 5, 6 et 8) sont des leurres. Pour chaque sous-échelle, le sujet obtient un score variant de 0 à 12. Un score élevé à la sous-échelle d'optimisme indique un optimisme élevé, tandis qu'un score élevé à la sous-échelle de pessimisme indique un

fort pessimisme. Il est possible d'obtenir un score global en recodant les scores de la sous-échelle de pessimisme et en les ajoutant à ceux de la sous-échelle d'optimisme. Varie de 0 à 24, un score global élevé témoigne alors d'une forte disposition à l'optimisme. Nous avons utilisé la version française développée par Trottier *et al.* (2008) (annexe 6). Le coefficient alpha de Cronbach de l'échelle globale est ici de .86, celui de la sous-échelle d'optimisme de .77, et celui de la sous-échelle de pessimisme de .75.

1.3. Résultats

1.3.1. Statistiques descriptives

Les moyennes, écarts-type et coefficient alpha de Cronbach des mesures utilisées sont présentés dans le tableau 14. Au regard des différences démographiques relevées dans le vécu des affects dépressifs (Chan Chee *et al*., 2009), des analyses ont été réalisées sur les moyennes et leurs différences en fonction du sexe, de l'âge et du statut (étudiant *vs* actif) des participants.

Les analyses de variance révèlent une différence significative entre les hommes et les femmes sur les scores d'écart au soi non désiré/autrui (F = 4,44, p = .037) les premiers (M = 1,95 ; SD = 0,76) affichant un écart moins fort que les secondes (M = 1,70 ; SD = 0,62). Par ailleurs, les femmes (M = 9,55 ; SD = 3,66) s'avèrent plus anxieuses (F = 19,31, p = .000) que les hommes (M = 6,84 ; SD = 3,08), et elles (M = 28,46 ; SD = 4,88) présentent une estime de soi (F = 9,82, p = .002) plus faible que les hommes (M = 31,32 ; SD = 5,52). De la même manière, les hommes (M = 32,06 ; SD = 4,97) ont davantage d'auto-efficacité (F = 8,00, p = .005) que les femmes (M = 29,65 ; SD = 4,68), et ils présentent (M = 14,28 ; SD = 5,52) un score global d'optimiste dispositionnel plus fort (F = 6,52, p = .012) que les femmes (M = 12,01 ; SD = 5,09). Bien que les résultats n'indiquent pas de différences significatives sur le score de dépression en fonction du sexe, ces tendances confortent la vulnérabilité accrue des femmes au développement d'affects dépressifs.

Afin d'étudier des différences éventuelles en fonction de l'âge, nous avons comparé les scores obtenus par les personnes se situant en-dessous et au-dessus de la médiane (= 21). Les résultats révèlent des différences significatives sur les scores d'écart au soi idéal (F = 6,55, p = .012) où les participants les plus jeunes (M = 2,90, SD = 0,58) se perçoivent plus proches de leur soi idéal que leurs ainés (M = 2,62, SD = 0,69), et sur les scores de dépression (F = 7,09, p = .009), où les participants les plus jeunes (M = 3,85, SD = 2,71)

présentent un taux de dépression plus faible que leurs ainés (M = 5,19, SD = 3,12). Ces résultats sont cohérents avec les propositions de Higgins (1987) selon lesquelles l'écart au soi idéal est associé à l'humeur dépressive.

Les analyses ont en outre révélé une différence significative concernant le statut professionnel des participants sur les scores à l'échelle de dépression (F = 4,06, p = .019), où les étudiants (M = 4,01, SD = 2,64) rapportent moins d'affects dépressifs que les actifs (M = 5,57, SD = 3,44).

Tableau 14. Moyennes, écarts-type et coefficients Alpha des mesures utilisées

Echelles	Moyenne	Ecart-type	Alpha de Cronbach
1. **Soi idéal**	**2,77**	**0,64**	**.76**
Soi idéal/soi	2,64	0,73	.67
Soi idéal/autrui	2,91	0,74	.63
2. **Soi moral**	**3,57**	**0,55**	**.71**
Soi moral/soi	3,67	0,61	.62
Soi moral/autrui	3,47	0,67	.57
3. **Soi non désiré**	**1,66**	**0,58**	**.83**
Soi non désiré/soi	1,53	0,60	.78
Soi non désiré/autrui	1,79	0,68	.70
4. ISDI	3,56	0,38	.78
5. Dépression	4,48	2,96	.68
6. Anxiété	8,54	3,68	.78
7. Estime de soi	29,52	5,28	.87
8. Auto-efficacité	30,54	4,91	.85
9. Optimisme (total)	12,85	5,09	.86
Optimisme	6,24	2,85	.77
Pessimisme	5,39	2,62	.75

1.3.2. Consistance interne

La consistance interne de l'échelle a été évaluée en calculant des coefficients Alpha de Cronbach. Les sous-échelles des écarts aux sois idéal, moral et non désiré présentent des coefficients Alpha satisfaisants (α = .76, α = .71 et α = .83 respectivement). Tandis que le coefficient de l'échelle des écarts au soi non désiré rejoint les résultats rapportés par les précédentes études utilisant l'ISDI, ceux des échelles des écarts aux sois idéal et moral sont légèrement plus faibles (Hardin et Lakin, 2009 ; Hardin et Leong, 2005). Le coefficient de l'échelle globale est élevée (α = .78), suggérant sa bonne consistance interne. Nous

noterons cependant la justesse du coefficient de la sous-échelle de l'écart au soi moral vu par autrui, légèrement inférieur aux autres (α = .57).

1.3.3. Structure factorielle

La théorie des écarts entre les sois (Higgins, 1987) introduit les écarts aux sois idéal et moral comme deux entités indépendantes, bien que saturant toutes deux un même concept de soi global. Ogilvie (1987) ajoute à ces dimensions l'écart au soi non désiré, également considéré comme une entité autonome. Aussi, nous avons d'abord calculé les corrélations entre les différents écarts entre les sois vu par autrui et vu par soi. Puis, une analyse factorielle confirmatoire a été réalisée pour évaluer la structure factorielle de l'échelle des écarts entre les sois. Deux modèles ont été mis en compétition, un modèle unifactoriel (figure 6) ainsi qu'un modèle à trois facteurs (figure 7). Initialement, chaque type de soi est représenté par deux scores (5 items du point de vue de soi et 5 items du point de vue d'autrui). Afin d'augmenter le nombre d'indicateurs des variables latentes, nous avons désagrégé chacun de ces scores en deux 'sous-scores'. Au final, chaque type de soi est représenté par 4 scores, soit 12 scores au total.

L'analyse des corrélations entre les différents écarts entre les sois présentée dans le tableau 15 révèle d'une part, que l'écart au soi non désiré n'est corrélé à aucun des autres types de soi, hormis une relation négative significative entre l'écart au soi non désiré vu par autrui et l'écart au soi moral vu par autrui (r = -.219, p = .011). D'autre part, les écarts aux sois idéal et moral sont positivement et modérément associés, leurs corrélations variant de .168 (p = .052) à .423 (p = .000). Ainsi, une personne présentant un fort écart au soi idéal aura tendance à présenter également un fort écart au soi moral, et vice versa.

Conformément à nos attentes, l'analyse factorielle confirmatoire révèle que le modèle à trois facteurs (Khi-deux à 51 ddl = 89,382, p = .001 ; CFI = .91 ; RMSEA = .075) présentés en figure 7, s'ajuste mieux aux données que le modèle unifactoriel (Khi-deux à 54 ddl = 322,885, p = .000 ; CFI = .370 ; RMSEA = .193), illustré par la figure 6.

Parmi les trois facteurs, deux d'entre eux sont significativement corrélés. Comme suggéré par les analyses corrélationnelles (tableau 15), les écarts aux sois moral et idéal entretiennent une relation significative positive (r = .430, p = .001), tandis que l'écart au soi non désiré n'est associé ni à l'écart au soi idéal (r = .091, p = .412) ni à l'écart au soi moral (r = -.065, p = .546). Comme l'indique la figure 7, toutes les saturations factorielles sont supérieures à .50, indiquant une adéquation suffisante entre chaque facteur et ses indicateurs.

Tableau 15. Corrélations entre les écarts entre les sois

Echelles	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Idéal	_							
2. Idéal S	.873**	_						
3. Idéal A	.877**	.531**	_					
4. Moral	.357**	.227**	.396**	_				
5. Moral S	.239**	.168	.250**	.845**	_			
6. Moral A	.368**	.220*	.423**	.873**	.475**	_		
7. ND	.042	.056	.019	-.086	-.027	-.116	_	
8. ND S	.108	.081	.107	-.023	-.067	.023	.894**	_
9. ND A	-.023	.024	-.063	-.126	.013	-.219*	.919**	.644**

Notes. Idéal : écart au soi idéal ; Idéal S : écart au soi idéal vue par soi ; Idéal A : écart au soi idéal vu par autrui ; Moral : écart au soi moral ; Moral S : écart au soi moral vu par soi ; Moral A : écart au soi moral vu par autrui ; ND : écart au soi non désiré ; ND S : écart au soi non désiré vu par soi ; ND A : écart au soi non désiré vu par autrui
* $p < .05$; ** $p < .01$.

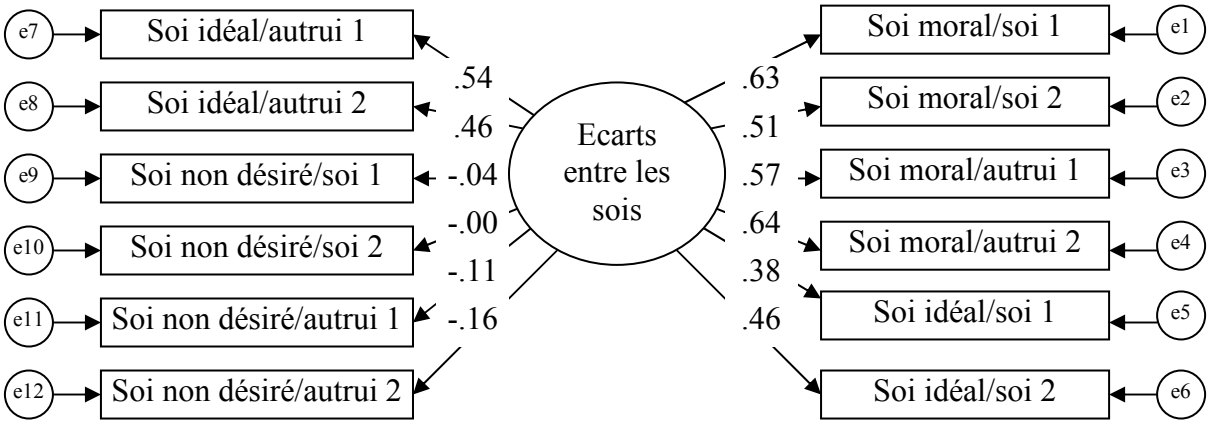


Figure 6. Modèle unifactoriel de l'ISDI

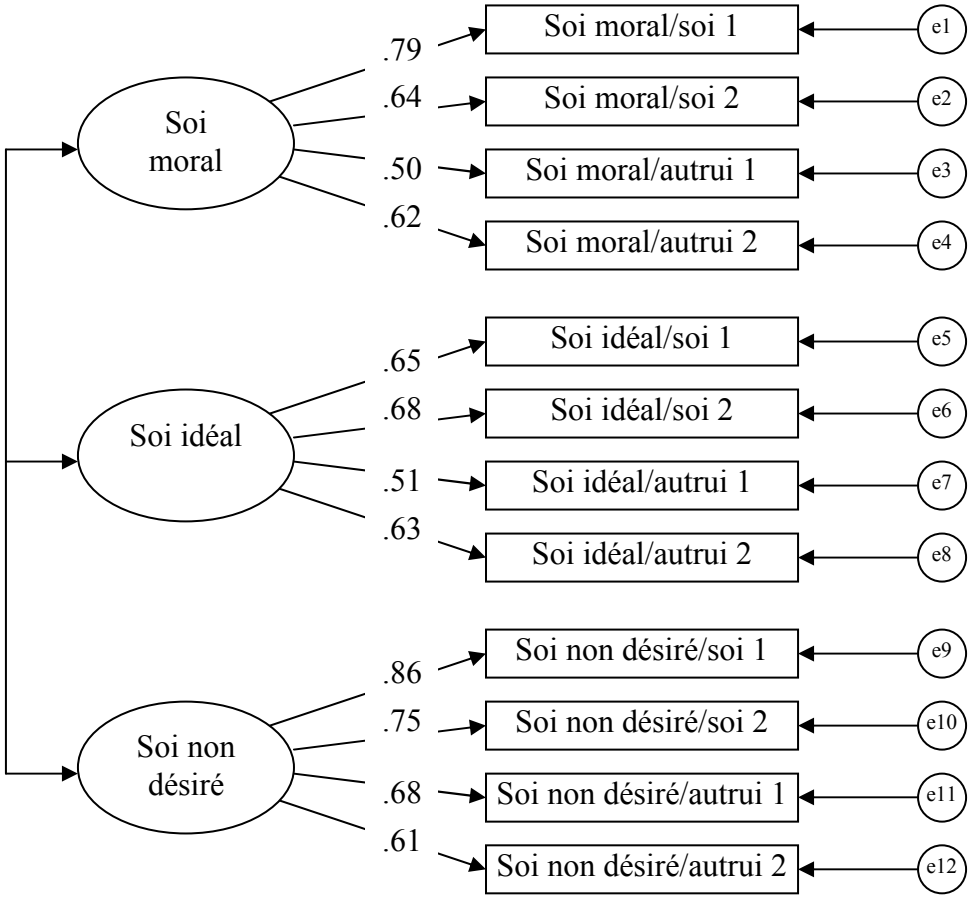


Figure 7. Modèle tri-factoriel de l'ISDI

Notes. Toutes les saturations sont significatives à .01.

1.3.4. Validité de construit

1.3.4.1. Réseau nomologique

Nous avons engagé l'étude de la validité de construit de l'échelle en calculant des corrélations de Pearson entre les différents types d'écarts entre les sois d'une part, et les variables d'humeur (anxiété, dépression) et de personnalité (estime de soi, auto-efficacité, optimisme, pessimisme) d'autre part. Le tableau 16 synthétise ces corrélations.

Conformément à nos attentes, les écarts aux sois idéal et non désiré sont significativement associés à la dépression, négativement pour le premier et positivement pour le second (r = -.387, p = .000 et r = .215, p = .012 respectivement), tandis que l'écart au soi moral est négativement associé à l'anxiété (r = -.223, p = .009). Ainsi, plus la personne présente un fort écart au soi idéal et un faible écart au soi non désiré, plus elle est vulnérable au développement d'affects dépressifs. D'autre part, plus la personne présente un fort écart au soi moral, plus elle est susceptible de connaitre des affects anxieux. Cependant, contrairement aux hypothèses de la théorie des écarts entre les sois (Higgins,

1987), les résultats suggèrent également une association négative significative entre l'écart au soi idéal et l'anxiété d'une part (r = -.294, p = .001), et entre l'écart au soi moral et la dépression d'autre part (r = -.226, p = .008). Cela signifie que les relations proposées ne sont pas exclusives. Autrement dit, une personne se percevant éloignée du soi idéal la rend vulnérable aux affects anxieux, de même que d'être éloignée du soi moral la prédispose aux affects dépressifs.

Par ailleurs, l'écart au soi idéal est positivement associé à l'estime de soi (r = .343, p = .000), à l'auto-efficacité (r = .246, p = .004), à l'optimisme (r = .339, p = .000) ainsi que négativement au pessimisme (r = -.292, p = .001). Se rapprocher d'un profil idéal favorise donc effectivement une bonne estime de soi, un sentiment d'efficacité personnelle ainsi qu'une perception optimiste de l'avenir. L'écart au soi moral est positivement corrélé à l'estime de soi (r = .217, p = .012), à l'optimisme (r = .192, p = .025) ainsi que négativement au pessimisme (r = -.283, p = .001), mais pas à l'auto-efficacité (r = .102, p = .241). L'atteinte de standards moraux promeut également une bonne estime de soi ainsi qu'une perception positive du futur, mais ne semble pas être en lien avec le sentiment d'efficacité personnel. Enfin, l'écart au soi non désiré n'est significativement associé à aucune de ces variables.

Tableau 16. Corrélations entre les variables incluses dans cette étude

Echelles	Corrélations					
	Dépression	Anxiété	Estime de soi	Auto-efficacité	Optimisme	Pessimisme
Soi idéal	-.387**	-.294**	.343**	.246**	.339**	-.292**
- soi	-.396**	-.306**	.284**	.187*	.287**	-.269**
- autrui	-.281**	-.209*	.315**	.242**	.306**	-.242**
Soi moral	-.226**	-.223**	.217*	.102	.192*	-.283**
- soi	-.181*	-.158	.233**	.103	.192*	-.316**
- autrui	-.206*	-.222**	.143	.073	.141	-.177*
Soi ND	.215*	.138	-.118	-.122	-.053	.107
- soi	.201*	.076	-.117	-.060	.002	.070
- autrui	.190*	.168	-.099	-.155	-.092	.121
ISDI	-.432**	-.339**	.354**	.247**	.308**	-.352**

Notes. Soi ND : soi non désiré.

* p < .05 ; ** p < .01.

1.3.4.2. Spécificité des relations à la détresse psychologique

Les résultats précédents (tableau 16) suggèrent plusieurs associations entre les trois types de soi d'une part, et l'anxiété et la dépression d'autre part. Afin de préciser ces tendances et de vérifier la spécificité de certaines relations, nous avons d'abord effectué une analyse de régression assortie d'une procédure « pas à pas ».

Tableau 17. Analyses de régression

Variable dépendante	Variable explicative	β	Signification	R-deux ajusté	Signification
Dépression	Soi idéal	-.369	.000	.143	.000
	Soi moral	-.075	.371	.146	.239
	Soi non désiré	.224	.005	.190	.005
Anxiété	Soi moral	-.119	.178	.043	.009
	Soi idéal	-.257	.004	.089	.006
	Soi non désiré	.138	.096	.101	.096

Les analyses de régression présentées dans le tableau 17, suggèrent que les écarts aux sois idéal et non désiré soient tous deux explicatifs du score de dépression (β = -.369, p = .000 et β = .224, p = .005 respectivement), tandis que l'impact de l'écart au soi moral n'est plus significatif lorsque ces deux variables sont incluses dans l'équation (β = -.075, p = .371).

Les résultats montrent également que bien que l'écart au soi moral explique une part significative de la variance de l'anxiété (R^2 *ajusté* = .043, p = .009), son effet n'est plus direct lorsque les autres types de soi sont contrôlés (β = -.119, p = .178). Seul l'écart au soi idéal explique significativement le score d'anxiété (β = -.257, p = .004).

Afin de confirmer cette tendance, nous avons procédé à une analyse en pistes causales à l'aide du logiciel AMOS© 18, en mettant à l'épreuve deux modèles compétitifs. Le premier (figure 8) correspond au modèle théorique attendu selon lequel, l'écart au soi idéal est uniquement associé à la dépression et l'écart au soi moral est uniquement corrélé à l'anxiété. Nos hypothèses concernant l'écart au soi non désiré sont moins précises du fait de sa non spécificité théorique (Ogilvie, 1987) ainsi que des résultats issus de précédentes études lui conférant des relations aussi bien avec la dépression que l'anxiété (Hardin et Leong, 2005 ; Heppen et Ogilvie, 2003 ; Carver *et al.,* 1999). Le second modèle (figure 9) représente un résumé des résultats issus des précédentes analyses de régression. D'après ce modèle, les écarts aux sois idéal et non désiré ont un impact significatif sur la dépression, tandis que seul l'écart au soi idéal a un effet significatif sur l'anxiété. L'impact de l'écart

au soi moral n'est quand à lui plus significatif. Enfin, notons qu'au regard des nombreuses études suggérant un facteur commun aux symptômes d'anxiété et de dépression (Clark et Watson, 1991 ; Mineka *et al.,* 1998 ; Prenoveau *et al.,* 2010), nous avons choisi d'introduire une covariation entre les variables résiduelles de leur échelle respective.

Les résultats montrent que le modèle suggéré (Khi-deux à 3 ddl = 5,59, p = .134 ; CFI = .96 ; RMSEA = .080) s'ajuste mieux aux données que le modèle théorique (Khi-deux à 2 ddl = 9,75, p = .008 ; CFI = .88 ; RMSEA = .170). Les trois associations suggérées restent significatives. Les écarts aux sois idéal et non désiré sont significativement corrélés à la dépression (β = -.398, p = .001 et β = .200, p = .017 respectivement), et l'écart au soi idéal explique négativement l'anxiété (β = -.294, p = .002). Les écarts aux sois idéal et moral sont positivement et significativement associés (r = .357, p = .000). Au final, ce modèle permet d'expliquer 8,6% de la variance de l'anxiété, et 19,1% de la variance de la dépression. Autrement dit, l'effet de l'écart au soi moral sur la détresse psychologique ne semble pas direct. Ces résultats confirment en effet que les affects dépressifs sont mieux expliqués par un fort écart au soi idéal ainsi qu'un faible écart au soi non désiré. Par ailleurs, les affects anxieux sont directement expliqués par un fort écart au soi idéal, celui-ci apparaissant comme une variable explicative de ces affects plus importante que l'écart au soi non désiré.

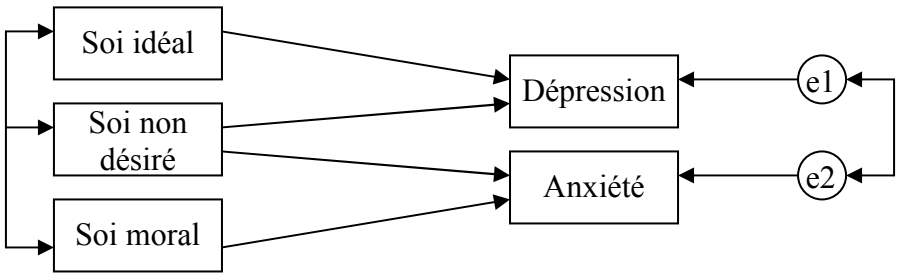


Figure 8. Modèle théorique des relations entre les écarts entre les sois et l'humeur

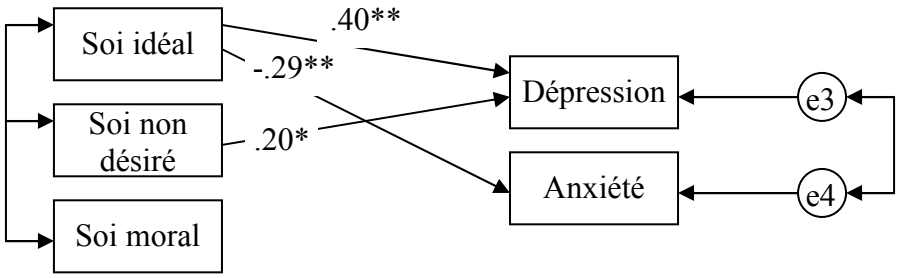


Figure 9. Modèle suggéré des relations entre les écarts entre les sois et l'humeur

Notes. * p < .05 ; ** p < .01.

1.4. Discussion

L'objectif de cette étude était de proposer et de tester une version française de l'échelle des écarts entre les sois récemment développée par Hardin et Lakin (2009). Cette outil présente l'avantage d'intégrer une démarche à la fois idiographique et nomothétique de l'évaluation des écarts aux sois idéal, moral (Higgins, 1987) mais également non désiré (Ogilvie, 1987). L'étude des qualités psychométriques de l'adaptation française a porté sur sa structure interne, ainsi que sur sa validité de construit.

Concernant sa structure interne, les trois sous-échelles de l'ISDI présentent une consistance interne satisfaisante. Les coefficients Alpha de Cronbach des écarts aux sois idéal et moral (α = .76 et α = .71 respectivement) sont légèrement plus faibles que ceux rapportés dans de précédentes études (.83 et .81 dans Hardin et Leong, 2005 ; .81 et .80 dans Hardin et Lakin, étude 2, 2009), tandis que le coefficient de l'écart au soi non désiré (α = .83) est plus fort que celui obtenu par Hardin et Leong (.73 ; 2005). Par ailleurs, notre étude des relations entre les différents écarts entre les sois suggère trois dimensions distinctes d'un même facteur. Le soi non désiré n'est pas corrélé aux autres types de soi, rendant compte de sa spSécificité. Les sois idéal et moral entretiennent quant à eux des relations modérées, variant de .168 à .423. Ces corrélations sont toutefois plus faibles que celles obtenues antérieurement (de .24 à .54 dans Waters *et al.,* 2004 ; de .33 à .45 dans Hardin et Lakin, 2009). Une modélisation par équations structurales a finalement permise de confirmer la structure tridimensionnelle de ces dimensions, appuyant ainsi les hypothèses du modèle théorique (Higgins, 1987).

La validité de construit de l'échelle a été confirmée par les relations négatives qu'entretiennent les ressemblances aux sois idéal et moral à l'anxiété, à la dépression et au pessimisme, et par leurs relations positives à l'estime de soi et à l'optimisme. En revanche, la ressemblance au soi non désiré entretient une relation significative et positive à la dépression, mais pas à l'anxiété. Bien que non significatives, on note cependant des tendances d'associations négatives avec l'anxiété et le pessimisme, et positive avec l'estime de soi. Nous avions à titre exploratoire inclus l'auto-efficacité dans notre étude, et seul le soi idéal semble y être associé. Le sentiment d'efficacité personnel est décrit comme une ressource personnelle nécessaire à l'atteinte de ses buts personnels. Plus particulièrement, il correspond à la croyance qu'a la personne dans sa capacité à imaginer et mettre en œuvre des moyens efficaces pour atteindre ses objectifs (Bandura, 1977). Son association au soi idéal n'est donc pas surprenante. Le soi idéal englobe les caractéristiques

que la personne souhaiterait idéalement endosser. D'un point de vue théorique, il est fort entendable que cette atteinte d'idéal soit un objectif nécessitant un certain degré de confiance en ses capacités à s'en rapprocher.

Si l'échelle présente des associations cohérentes avec l'ajustement psychologique, qu'en est-il de la validation des hypothèses de spécificité du modèle ? Notre étude n'a pas permise de répliquer les prédictions de Higgins (1987). En effet, à l'instar d'autres études (Tangney *et al*., 1998 ; Ozgul *et al*., 2003 ; Watson *et al.,* 2010), nos résultats ne confirment pas les relations uniques entre le soi idéal et la dépression d'une part, et entre le soi moral et l'anxiété d'autre part. Si le soi moral n'est plus relié à la dépression lorsque les autres sois sont inclus dans l'analyse, sa relation à l'anxiété ne tient pas non plus. Ce constat a déjà pu être observé à plusieurs reprises (Carver *et al*., 1999 ; Hardin et Leong, 2005), interrogeant ainsi la spécificité du soi moral dans l'anxiété. Par ailleurs, si le soi idéal explique effectivement la dépression, il explique tout aussi bien l'anxiété. Ces divergences par rapport aux prédictions ont fait l'objet d'explications diverses, parfois attribuées à des facteurs méthodologiques comme la taille de l'échantillon et le type de traitement statistique choisi (Phillips et Silvia, 2010), le manque de validité des outils utilisés (Hardin et Lakin, 2009), ou encore à des facteurs culturels (Cheung, 1997). Néanmoins ces inconsistances se retrouvent aussi bien au sein d'échantillons américains européens qu'asiatiques, et quelles que soient les méthodes employées, idiographiques, nomothétiques ou intégratives. Aussi, il nous semble plausible de chercher de potentiels médiateurs ou modérateurs de ces relations comme l'ont déjà initié certaines recherches (Hardin *et al*., 2007 ; Hardin et Leong, 2005 ; Phillips et Silvia, 2005). Phillips et Silvia (2005) par exemple, ont montré que la relation entre les écarts entre les sois et la détresse émotionnelle était renforcée lorsque les personnes étaient centrées, focalisées sur elles-mêmes (*objective self-awareness* ; Duval et Wicklund, 1972).

Quel est le statut du soi non désiré ? Les résultats de cette étude confirment le rôle du soi non désiré dans l'émergence des affects dépressifs. Bien que peu de recherches aient incorporé cette dimension, les résultats disponibles appuient généralement cette idée (Hardin et Leong, 2005 ; Heppen et Ogilvie, 2003 ; Carver *et al*., 1999 ; Cheung, 1997 ; Ogilvie et Clark, 1992). Cependant, son impact n'est pas aussi fort que celui du soi idéal, contrairement à ce que suggèrent ces mêmes études.

Parmi les trois dimensions mises en parallèle dans cette étude, deux d'entre elles apparaissent donc endosser un rôle dans la détresse émotionnelle : le soi idéal et le soi non désiré. Aussi, il nous semble important de poursuivre les recherches intégrant ces concepts.

Les implications de cette recherche nous paraissent intéressantes, tant au sein de la littérature scientifique que de la pratique clinique. D'un point de vue scientifique en effet, elle met à disposition des chercheurs francophones un nouvel outil de mesure présentant une amélioration majeure en termes de facilité de passation et de cotation, et permet ainsi l'introduction du concept des écarts entre les sois dans les études portant sur une population française. D'un point de vue clinique, la mise en relation des écarts entre les sois avec la santé mentale offre un outil théorique permettant d'identifier un mécanisme potentiellement à l'œuvre dans la détresse émotionnelle. En travaillant à la réduction de ces écarts, le thérapeute et le patient travaillent à la restauration d'un schéma de soi positif.

Malgré les résultats prometteurs de cette étude, il est cependant nécessaire d'en souligner les limites. En tout premier lieu, il semble prématuré de juger des qualités psychométriques de la version française de l'ISDI. En effet, sa récente introduction dans les études américaines ne nous permet vraisemblablement pas d'attribuer les résultats de la présente étude à une éventuelle instabilité du questionnaire ou à des hypothèses théoriques initiales invalidées (Higgins, 1987). Cette limite est d'autant plus vrai que même les précédentes études utilisant d'autres outils pour évaluer les écarts entre les sois, n'ont à ce jour pas rapporté de résultats véritablement consistants.

Une autre limite décidément récurrente dans notre travail, concerne notre échantillon de participants (N = 135). Sa faiblesse ne nous permet pas, là encore, de généraliser ces premiers résultats. La longueur de notre protocole n'a pas toujours encouragé les participants à maintenir leur attention jusqu'au bout du questionnaire, nous en avons bien conscience. Par ailleurs, une des contraintes de ce questionnaire a également favorisé cette perte de participants. Comme nous l'avons indiqué dans l'introduction, les auteurs recommandent de sélectionner les questionnaires en fonction des réponses obtenues sur des questions de validité (Hardin et Lakin, 2009). Plus précisément, à l'issue de la consigne et des explications proposées en première page, deux questions interrogent la personne sur sa compréhension de ce que sont les sois idéal et moral. Si une mauvaise réponse est donnée à l'une ou l'autre question, le questionnaire doit être retiré de l'étude. C'est par ce biais que nous avons été amenés à retirer 42 questionnaires. Ces questions de validité constituent une mesure de sécurité à l'obtention de réponses valides. Cependant, nous pouvons interroger la pertinence de cette procédure. Par exemple, nous pouvons imaginer qu'une personne rapportant que le soi idéal correspond à « ce que je suis maintenant », devrait évaluer chacun des adjectifs de cette sous-échelle comme lui correspondant tout à fait (note = 5). Or, un coup d'œil à ces 'mauvais' questionnaires nous

a permis d'observer que les cotations restaient variables. Cependant, par soucis de comparaison entre les études et tant que cette question n'est pas reposée, nous avons choisi de suivre cette recommandation.

Outre le fait que la faiblesse de notre échantillon puisse favoriser l'émergence de biais statistiques, nous noterons qu'il s'agit à notre connaissance de la seule étude réalisée avec cet outil sur une population française. Par conséquent aucune généralisation des résultats ne nous parait possible sans la réalisation d'autres recherches permettant aussi bien de confirmer ces relations, que d'évaluer la fidélité test-retest de l'instrument. Cependant, cette adaptation française ayant été réalisée pour la prochaine étude, nous aurons à cette occasion une seconde série de résultats permettant d'étayer nos premières interprétations.

2. *ÉTUDE 4 : VERS UN MODELE INTEGRATIF : ATTRIBUTIONS, ECARTS ENTRE LES SOIS, ESTIME DE SOI ET DEPRESSION*

2.1. Objectifs

La présente étude correspond à une volonté d'intégrer les résultats suggérés par nos précédentes recherches, dans un même modèle explicatif de l'humeur dépressive. D'une part, ces résultats incluent le modèle attributionnel proposé selon lequel les attributions causales ont un impact indirect sur la dépression par l'intermédiaire de l'auto-blâme et du contrôle perçu des conséquences d'une situation aversive. D'autre part, ces résultats se réfèrent à l'effet des écarts entre les sois idéal, moral et non désiré sur l'humeur négative. Cette tentative d'intégration part d'un constat simple : la littérature rapporte un rôle important de chacune de ces dimensions dans l'humeur dépressive, mais n'apporte aucune information sur la façon dont ces dimensions co-agissent. Leurs effets respectifs restent-t-ils intacts lorsqu'ils sont mis en perspective ? Par ailleurs, la littérature ne rapportent pas d'éléments empiriques en faveur d'une interaction potentielle entre les cognitions spécifiques et les écarts entre les sois, ni d'éléments sur l'éventuel rôle premier des uns ou des autres. Aussi, nous nous sommes demandé comment nous pouvions les combiner ensemble, et comprendre leur fonctionnement simultané. Après examen de la littérature, nous nous proposons d'éclairer l'impact de ces dimensions en faisant appel à un concept central dans les études portant sur la dépression, à savoir l'estime de soi.

2.1.1. L'estime de soi : un médiateur multidimensionnel ?

L'estime de soi correspond aux jugements, aux sentiments et aux attitudes qu'une personne entretient envers elle-même (Rosenberg, 1965). Bien que l'estime de soi ait fait l'objet de plusieurs théorisations différentes, certains auteurs ont récemment proposé qu'elle englobe des aspects à la fois affectifs et cognitifs de l'évaluation (Swann *et al.,* 2007). En ce sens, l'estime de soi correspond à la fois à une cognition (par exemple, se considérer intéressant) et à un sentiment (par exemple, être fière de soi). Sa relation avec l'affectivité négative à été mise en avant à maintes reprises. Notamment, de nombreuses études ont montré qu'une faible estime de soi est associée à un score de dépression élevé (Abela et Skitch, 2007 ; Lazaratou *et al.,* 2007 ; Schmitz *et al.,* 2003 ; Symister et Friend, 2003 ; Talaei et Ardani, 2010). La nature causale de cette relation a été questionnée, et beaucoup de travaux empiriques ont cherché à démontrer le statut explicatif de l'estime de soi sur l'humeur dépressive (Abela, 2002 ; Fernandez *et al*., 1998 ; Orth *et al.,* 2008 ; Orth *et al*., 2009a ; Pelkonen, 2003 ; Ralph et Mineka, 1998 ; Robinson *et al.,* 1995 ; Trzesniewski *et al.,* 2006). Orth *et al.* (2009b) par exemple, rapportent deux études longitudinales de grande ampleur réalisées sur 1685 et 2479 participants, dont les âges varient de 18 à 96 ans. Chaque participant est interrogé plusieurs fois sur des périodes de temps allant de 4 à 9 ans. Leurs résultats sont les mêmes quels que soient la tranche d'âge et le type de symptômes de dépression (affectif, cognitif et somatique) : l'estime de soi prédit le développement d'affects dépressifs, et ces affects n'ont pas d'impact sur l'estime de soi. Malgré ces résultats, nous ne pouvons pas ignorer les recherches faisant état de la relation inverse. Certaines études en effet, ont montré qu'une faible estime de soi était le résultat d'épisodes dépressifs, et non l'inverse (Coyne et Calarco, 1995 ; Coyne *et al*., 1998 ; Shahar et Davidson, 2003). Ces deux perspectives renvoient au débat étiologique précédemment exposé dans ce manuscrit, et illustré par les modèles de type vulnérabilité et *scar*. Roberts et Monroe (1994) proposent cependant que l'idée d'un effet premier de l'estime de soi est 'entendable', à condition de prendre en compte sa complexité. Autrement dit, les auteurs interrogent la mesure du concept et estiment que son évaluation en termes de niveau (estime de soi faible ou élevée) n'est pas appropriée. Sur la base d'une revue de littérature, ils suggèrent que l'estime de soi soit un concept multidimensionnel. Selon eux, le noyau central rendant l'individu vulnérable aux affects dépressifs renfermerait des processus négatifs tels que la généralisation négative, mais aussi et surtout des déficits et des caractéristiques quant à la structure de l'estime de soi.

Roberts et Monroe (1994) expliquent que ces déficits ont d'abord trait aux sources potentielles d'estime de soi, à leur nombre, à leur valence positive ou négative ainsi qu'à leur impact potentiel. Autrement dit, la vulnérabilité caractériserait les personnes n'ayant pas suffisamment de sources positives et importantes pour gonfler leur ego. Les déficits structurels font ensuite référence à une négativité prépondérante telle qu'elle peut être représentée par des schémas de soi négatifs ou d'impuissance personnelle acquise. Ces déficits sont enfin représentés par des écarts trop importants aux standards personnels. Dans le même ordre d'idée, Carver et Ganellen (1983) avaient déjà proposé, quelques années auparavant, que la tendance auto-punitive des personnes en dépression pouvait se décomposer en trois aspects distincts : la tendance à entretenir des standards personnels élevés, à se juger négativement pour les difficultés à atteindre ces standards, et à généraliser ces jugements négatifs à l'ensemble de la personne. Mais Roberts et Monroe (1994) vont plus loin en reliant ces caractéristiques à d'autres manifestations. D'après eux, ce noyau central expliquerait les autres symptômes de la dépression, tels que l'emploi de stratégies de coping mal adaptées ou la difficulté de régulation des affects, mais également d'autres caractéristiques (secondaires) du schéma de soi : son instabilité temporelle et ses modalités d'activation. Le noyau central de vulnérabilité ainsi que ces dernières caractéristiques exposés par Roberts et Monroe (1994), sont effectivement régulièrement rencontrées dans la littérature portant sur l'humeur dépressive.

Dès le début de l'élaboration des modèles cognitifs, l'idée de schémas de soi négatifs était déjà présente. Beck (1967) notamment, proposait que la personne présente une vulnérabilité au développement d'affects dépressifs, lorsqu'elle présente un schéma pathologique latent dont la thématique est l'auto-blâme, l'auto-critique. Des postulats de type « je dois tout le temps et toujours être aimé de tout le monde » (exemple issu de Cottraux, 2004, p. 83), oriente alors l'attention vers les stimuli susceptibles de lui donner une information sur sa valeur, sur l'amour que lui portent les autres, sur ses compétences, etc. Dans le même ordre d'idée, Crocker et Park (2004) ont récemment proposé que la quête d'estime de soi, d'éléments validant ou invalidant cette estime de soi, rendait l'individu particulièrement vulnérable à la dépression. Le Soi représente un enjeu majeur dans les situations rencontrées, alors appréhendées comme des menaces potentielles. Le principe issu des conceptions diathèse-stress est que des situations négatives dans lesquelles des informations dévalorisantes sont 'trouvées' ('cherchées'), activent les schémas pathologiques et entrainent des affects dépressifs. Plusieurs types d'événements sont proposés pour expliquer cette activation. Tandis que certaines conceptions, en

l'occurrence psychodynamiques, font appel à des événements dont la thématique est essentiellement la perte, d'autres mettent davantage l'accent sur la congruence entre des contenus spécifiques à chacun et la situation rencontrée (Riskind et Rholes, 1984), ou la tendance à se focaliser sur soi (Brown *et al.,* 1986, 1990).

Ce potentiel d'activation et la sensibilité aux stimuli associés au soi témoignent de la variabilité temporelle de l'estime de soi. Certains chercheurs ont d'ailleurs proposé que l'instabilité de l'estime de soi, plutôt que son niveau global, constitue un facteur de risque (Crocker *et al*., 2003 ; Roberts et Kassel, 1997). L'information sur la valeur du soi est alors recherchée dans l'environnement. Les informations précédemment recueillies sur d'éventuelles réussites sont sans cesse remises en jeu. C'est comme si les évaluations positives de soi ne 'tenaient' pas, ne s'imprimaient pas dans la mémoire de l'individu. Bien que l'estime de soi puisse effectivement varier au cours de certaines périodes (Gable et Nezlek, 1998), c'est l'ampleur et la 'stabilité' de cette variabilité qui sont appuyées par ces auteurs. Certaines recherches ont d'ailleurs montré que cette instabilité était significativement plus élevée chez les personnes en dépression ou ayant connu un épisode dépressif dans le passé, que chez les personnes sans expériences dépressives (Butler *et al*., 1994).

Ainsi, la vulnérabilité de l'estime de soi correspondrait à des déficits initiaux de structure et/ou à la présence de schémas de soi négatifs. Ces éléments se traduiraient par une instabilité de l'estime de soi et orienteraient la recherche permanente d'informations relatives au soi.

2.1.2. Effets des cognitions sur l'estime de soi

Nous avons vu précédemment que les personnes vulnérables aux affects dépressifs se distinguaient des personnes non vulnérables, en fonction de leurs tendances attributionnelles. Comme le proposent Abramson *et al.* (1978), tandis que les premières présentent une tendance à expliquer les situations aversives par des attributions internes, stables et globales, et les situations positives par des explications externes, instables et spécifiques, les secondes présenteraient davantage un biais d'autocomplaisance (*self-serving bias*), caractérisé par les tendances opposées. D'après plusieurs auteurs, (Dunning *et al*., 1995 ; Taylor et Brown, 1988 ; Weiner et Litman-Adizes, 1980 ; Zuckerman, 1979), ce biais positif servirait un besoin fondamental de préserver l'estime de soi. A travers ces explications en effet, la personne reçoit un feedback lui permettant soit de ne pas altérer sa perception d'elle-même, soit de la rehausser. C'est ce principe

qui permet à Abramson et Alloy (1981) et Tabachnik et Alloy (1988) de penser qu'une rupture dans la motivation à préserver cette estime de soi caractérise les personnes en dépression. De manière générale, les biais attributionnels peuvent revêtir plusieurs formes, telles que la perception de soi, la perception de contrôle ou encore la perception du futur, des thématiques rappelant la triade cognitive décrite par Beck (1987).

Les études empiriques supportent généralement une relation entre l'estime de soi et ces biais, tant dans leur versant positif que négatif. Traditionnellement, l'estime de soi a été proposée comme médiateur de la relation entre l'attribution causale interne et la dépression (Abramson *et al.,* 1978). L'association à l'estime de soi a ensuite été étendue aux attributions causales de stabilité et de globalité (Abramson *et al*., 1989). Cette médiation par l'estime de soi a été confirmée pour les attributions causales d'internalité et de globalité (Pillow *et al.,* 1991). Néanmoins, la majorité des études n'a pas investi cette médiation supposée, et a davantage mis en avant un effet modérateur de l'estime de soi (Abela, 2002 ; Metalsky et al., 1993 ; Robinon *et al.,* 1995) et plus généralement des corrélations significatives entre les attributions et l'estime de soi (Cohen *et al.,* 1989 ; Hirschy et Morris, 2002 ; Ickes et Layden, 1978 ; Ralph et Mineka, 1998 ; Stoltz et Galassi, 1989 ; Tennen *et al*., 1987 ; Tennen et Herzberger, 1987 ; Zautra *et al*., 1985).

De manière consistante avec le modèle attributionnel précédemment proposé et mis à l'épreuve au cours de l'étude 2, nous pensons cependant que l'auto-blâme et le contrôle perçu entretiennent une relation plus proximale avec l'estime de soi. Considéré comme un jugement de valeur négatif à l'encontre de soi, l'auto-blâme affecterait directement l'estime de soi globale (Dunkley et Grilo, 2007 ; Shaver et Drown, 1986). C'est en tout cas l'idée qu'appuient certaines études dont les résultats suggèrent que la relation entre l'auto-critique et les symptômes dépressifs est médiatisée par l'estime de soi (Blankstein *et al*., 2008 ; Dunkley et Grilo, 2007 ; Rice *et al.,* 1998). Plusieurs notions relatives à la perception de contrôle ont par ailleurs été mises en évidence dans l'explication de la perception de soi (Lightsey *et al.,* 2006 ; Moradi et Hasan, 2004). Moradi et Hasan (2004) par exemple, ont montré que les croyances générales de contrôle favorisaient l'estime de soi et médiatisaient l'effet du vécu de discrimination raciale. Autrement dit, la relation entre les attributions causales et l'estime de soi serait médiatisée par l'auto-blâme et le contrôle perçu des conséquences.

2.1.3. Effets des écarts entre les sois sur l'estime de soi

L'idée selon laquelle l'estime de soi résulte d'une comparaison entre les caractéristiques actuelles et idéales de la personne, n'est pas nouvelle. James (1890) proposait déjà dans ses 'principes de psychologie' que la mesure de l'estime de soi passe par l'évaluation des écarts entre le soi actuel et un standard personnel, mais également par la prise en compte de l'importance des caractéristiques actuelles pour le sujet. Des conceptions plus contemporaines reprennent ces idées, telles que celle de Rosenberg (1979) ou de Coopersmith (1967). Cependant les mesures d'estime de soi, et c'est notamment le cas pour les outils développés par ces deux derniers auteurs, offrent un résultat, un état de l'estime de soi, et non une vision des écarts entre les sois. Les quelques recherches ayant étudiées la part de variance de l'estime de soi globale expliquée par les écarts entre le soi actuel et le soi idéal ont rapporté des résultats mitigés (Hoge et McCarthy, 1983 ; Wylie, 1974). Cette inconsistance a été attribuée à la mesure de ces écarts, et notamment à leur difficulté à capter les standards pertinents à chaque individu (Wylie, 1974). C'est la raison pour laquelle Higgins et ses collègues (Higgins, 1987 ; Higgins *et al.,* 1986) ont défendu la nécessité d'introduire une dimension idiographique dans la mesure des écarts. Suite à l'élaboration d'un outil présentant cette caractéristiques (*The Selves Questionnaire* ; Higgins *et al*., 1986), Moretti et Higgins (1990) ont testé l'hypothèse et sont parvenus à montrer une association entre les écarts au soi idéal et l'estime de soi. En revanche, l'écart au soi moral ne semble pas y être associé. D'après les auteurs, ce constat serait lié à la mesure d'estime de soi employée, le *Rosenberg Self-Esteem Scale* (Rosenberg, 1965) dans leur étude. Ils suggèrent qu'il existe différents types d'estime de soi, influencés par différents types de standards. En l'occurrence dans leur étude, l'échelle de Rosenberg capterait davantage les sentiments des individus concernant leur aptitude à atteindre des standards idéaux. Ils n'offrent cependant pas d'alternative concernant d'éventuels autres outils.

L'effet des écarts entre les sois sur l'estime de soi globale n'a cependant jamais, à notre connaissance, été investie avec l'*Integrated Self-Discrepancy Index* (Hardin et Lakin, 2009), outil de mesure présentant des améliorations techniques majeures. En outre, nous ne disposons pas à ce jour de données concernant l'effet de l'écart au soi non désiré sur l'estime de soi.

2.1.4. La présente étude

Comme nous venons de le voir, de nombreuses études soulignent l'importance de la thématique du Soi dans l'explication des affects dépressifs. De plus en plus, l'estime de soi, au sens large, est considérée comme un concept complexe présentant plusieurs niveaux d'analyse et de compréhension. D'après les conceptions exposées par plusieurs auteurs (Carver et Ganellen, 1983 ; Roberts et Monroe, 1994), nous pensons que les explications offertes par les personnes dans les situations qu'elles rencontrent, ainsi que les évaluations qu'elles effectuent quant à l'atteinte de leurs standards personnels, correspondent à certains mécanismes proposés comme étant centraux dans la vulnérabilité du schéma de soi.

Un premier objectif de notre étude consiste à évaluer l'implication des écarts entre les sois et des attributions dans la détermination de l'estime de soi. En premier lieu nous nous attendons à ce que les écarts entre les sois idéal et moral aient un effet positif direct sur l'estime de soi, et l'écart au soi non désiré un effet négatif direct. En second lieu nous émettons l'hypothèse selon laquelle les attributions causales d'internalité, de stabilité, de globalité et de contrôlabilité ont un effet indirect sur l'estime de soi. Nous nous attendons en effet en troisième lieu, à ce que ces effets soient médiatisés par deux tendances distinctes : l'auto-blâme et le contrôle perçu des conséquences. Tandis que l'auto-blâme est supposé avoir un effet négatif direct sur l'estime de soi, l'impact direct du contrôle perçu des conséquences est attendu positif.

Un second objectif de cette étude est de tester le statut médiateur de l'estime de soi, entre les écarts entre les sois idéal, moral et non désiré, et les attributions d'auto-blâme et de contrôle perçu des conséquences d'une part, et l'humeur dépressive d'autre part. Nous émettons l'hypothèse que les effets des écarts entre les sois et des attributions soient indirects, et que l'effet de l'estime de soi soit direct et négatif sur le score de dépression.

Un troisième objectif, davantage exploratoire, est d'étudier les éventuelles relations apparaissant entre les écarts entre les sois et les attributions. Dans une perspective intégrative et multidimensionnelle de l'estime de soi, il nous semble légitime de nous attendre à ce que les personnes présentant des écarts importants à leurs standards personnels idéaux et moraux ainsi qu'une ressemblance accrue à leur soi non désiré, soient également celles manifestant des tendances attributionnelles négatives. Par exemple, une personne ayant tendance à se blâmer dans les situations négatives qu'elles rencontrent, s'estimera peut-être moins proche de ses standards idéaux. De même, une personne ayant tendance à percevoir un faible contrôle des conséquences des situations

qu'elle rencontre aura peut-être tendance à se sentir moins proche de ses standards moraux. Dans une perspective future de rassemblement et d'intégration des différents aspects de la perception de soi jouant un rôle dans l'humeur dépressive, cette étude s'affiche comme une première observation d'éventuelles relations. Ce premier pas est à notre sens nécessaire aux élaborations théoriques futures.

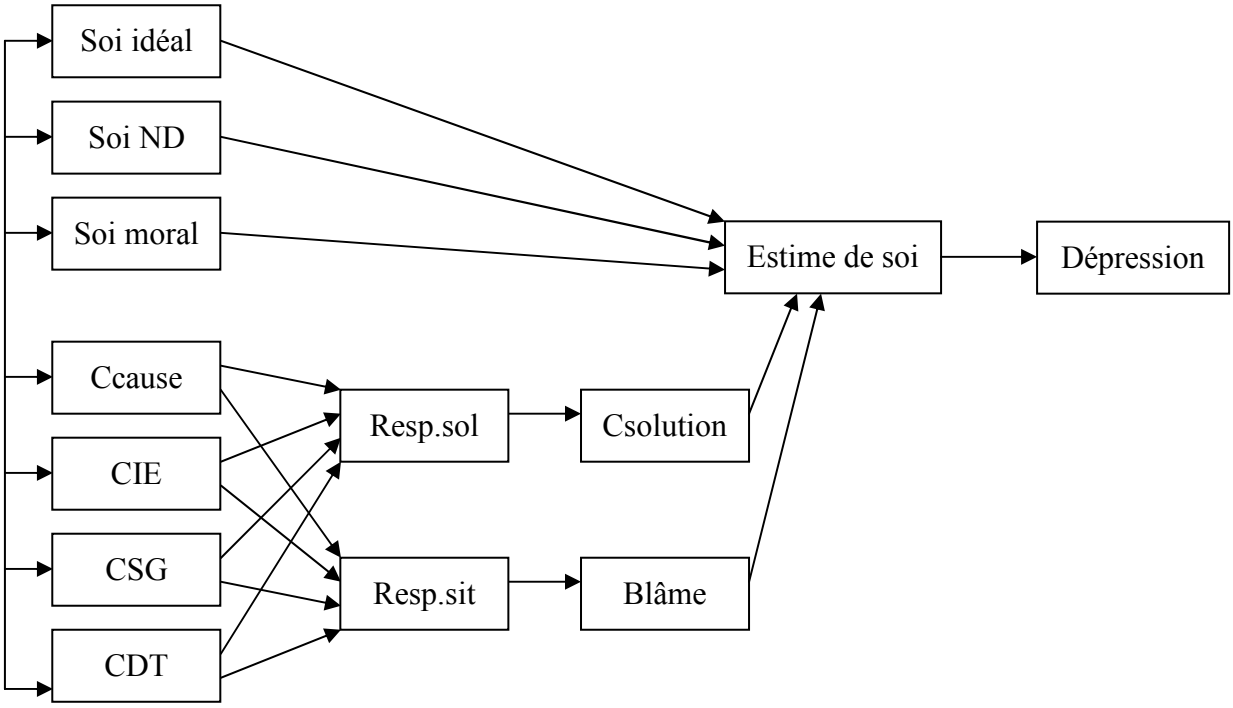


Figure 10. Modèle en pistes causales

Notes. CIE : attribution causale interne vs externe ; CDT : attribution causale durable vs temporaire ; CSG : attribution causale globale vs spécifique ; Ccause : contrôle perçu de la cause ; Resp.sit. : responsabilité perçue de la cause ; Csolution : contrôle perçu des conséquences ; Resp.sol : responsabilité perçue de la solution ; Soi ND : soi non désiré

La figure 10 présente ce modèle théorique selon lequel les écarts entre les sois idéal, moral et non désiré d'une part, ainsi que les attributions causales d'internalité, de stabilité, de globalité et de contrôlabilité d'autre part, sont des variables exogènes dont l'impact sur l'humeur dépressive est médiatisé par l'estime de soi. L'effet des attributions causales sur l'estime de soi est lui-même médiatisé par les attributions de responsabilité de la situation et de la solution d'une part, et des attributions d'auto-blâme et de contrôle de la solution d'autre part. Nous nous attendons notamment à ce que de faibles écarts aux sois idéal et moral ainsi que le contrôle de la solution aient un effet positif sur l'estime de soi, tandis qu'un faible écart au soi non désiré et la tendance à l'auto-blâme un effet négatif. Enfin, nous émettons l'hypothèse qu'une forte estime de soi diminue le score de dépression.

2.2. Méthode

2.2.1. Participants

Conformément aux recommandations de Hardin et Lakin (2009), nous avons introduit des questions de validité au début de l'ISDI pour vérifier que les participants comprenaient bien la consigne. Au final, nous avons décelé 138 « bons répondants » et 43 « mauvais répondants ». Cependant des analyses de variance conduites entre ces deux groupes n'ont révélées aucune différence significative dans leur réponse aux sous-échelles des écarts entre les sois. Aussi, nous les avons conservés pour la suite des analyses. L'échantillon de cette étude est donc constituée de 181 personnes (156 femmes, 25 hommes) dont l'âge varie de 17 à 50 ans (moyenne = 20,19 ans ; écart-type = 2,98). Ce sont des étudiants de niveau universitaire, provenant de cursus de première année de psychologie (*N* = 116) et de troisième année de science de l'éducation (*N* = 63). La majorité des participants est célibataire (86,2%) et 13,9% sont mariés ou vivent maritalement (cf. questions en annexe 9). Les participants ont à chaque fois été informés de l'anonymat et de la confidentialité de leurs réponses, et se sont vu offrir la possibilité de contacter l'expérimentateur afin d'obtenir les résultats de la recherche.

2.2.2. Matériel et procédure

Les participants ont été invités à compléter les échelles mesurant les variables suivantes :

- Le style attributionnel : le questionnaire des styles attributionnels (ASQ ; Seligman *et al*., 1979 ; Metalsky *et al.,* 1987) dont la traduction française a été effectuée par Swendsen et Blatier (1998) (annexe 1), a été utilisé pour évaluer trois attributions causales : interne *vs* externe (α = .49), globale *vs* spécifique (α = .78), durable *vs* temporaire (α = .74). Il s'agit d'un questionnaire proposant 12 situations négatives dont le participant évalue les trois dimensions causales à partir d'une échelle de Likert en 7 points. Pour chaque attribution, un score est obtenu en calculant la moyenne des réponses aux 12 situations. Un score élevé à l'échelle d'internalité signifie que le participant attribue préférentiellement les évènements à des causes internes. Un score élevé à l'échelle de globalité indique des attributions à des causes globales. Enfin, un score élevé à l'échelle de stabilité renseigne sur la tendance à émettre des explications durables sur les causes.

- Responsabilité de la situation, responsabilité de la solution, contrôle personnel et auto-blâme : Nous avons intégré à l'ASQ les mêmes items que lors de la seconde étude, mesurant chacun 5 autres attributions (annexe 2). En particulier, nous avons gardé les items évaluant la responsabilité perçue de la situation (« Dans quelle mesure vous sentez-vous personnellement responsable de cette situation ? » ; α = .60), l'auto-blâme (« Vous blâmez-vous pour ce qui vous est arrivé ? » ; α = .76), le contrôle perçu de la solution (« Quel contrôle pensez-vous avoir sur les conséquences de cet événement ? » ; α = .77) et la responsabilité perçu de la solution (« Pensez-vous qu'il est de votre responsabilité de trouver une solution à ce problème ? » ; α = .58). Suite à notre précédente étude portant sur les attributions, nous avions soulevé la faible consistance interne de l'échelle de l'attribution de contrôle de la cause (α = .47). Nous avions fait l'hypothèse en effet que sa formulation discriminait mal ce que nous souhaitions mesurer. Aussi nous l'avons modifié (« Dans quelle mesure pensez-vous que vous pouviez contrôler cette cause ? »), et sa consistance interne a effectivement considérablement augmenté (α = .62). Afin d'uniformiser ce questionnaire, chacun de ces items ajoutés est également évalué sur une échelle de Likert en 7 points. Un score est obtenu en calculant la moyenne des réponses aux 12 situations. Des scores élevés sur chacune de ces échelles révèlent respectivement de fortes tendances à se sentir responsable de la situation, à s'auto-blâmer, à s'attribuer le contrôle de la solution, à se sentir responsable de la solution et à s'attribuer le contrôle de la cause.

- L'estime de soi : l'estime de soi (RSE ; Rosenberg, 1965) est composée de 10 items évalués sur une échelle de type Likert en 4 points, allant de 1 « tout à fait en désaccord » à 4 « tout à fait en accord ». Le codage des items 3, 5, 8, 9 et 10 est inversé. Le score varie de 10 à 40. Un score élevé est indicatif d'une forte estime de soi. Nous avons utilisé la version française de Vallières et Vallerand (1990) (annexe 4). Dans la présente étude, le coefficient alpha de Cronbach de l'échelle est de .84.

- La dépression : nous avons utilisé la dernière version révisée du *Beck Depression Inventory* (BDI-II ; Beck *et al*., 1996). L'échelle est composée de 21 items évalués sur une échelle de 0 à 3, et un score global est obtenu en additionnant les 21 réponses. Plus le score augmente, plus le degré de dépression est élevé. En fonction du score, l'échelle indique une absence de dépression (0-11), une dépression légère (12-19), une dépression modérée (20-27) et une dépression sévère (> 27). Nous

avons utilisé la version française disponible aux Editions du centre de psychologie appliquée (1996) (quelques exemples d'item en annexe 5). La consistance interne de l'échelle est de .87 pour nos participants.

- Les écarts entre les sois : nous avons utilisé l'échelle intégrative des écarts entre les sois (Hardin & Lakin, 2009), dont nous avons précédemment proposé et étudié une version française (annexe 8). Le questionnaire est composé de 30 items et se divise en 3 sous-échelles : les sous-échelles des écarts au soi idéal (10 items), au soi moral (10 items) et au soi non désiré (10 items). Pour chaque type de soi, il est demandé aux participants de rapporter 10 adjectifs (5 du point de vue d'autrui, 5 de son propre point de vue), puis d'évaluer chacun d'eux sur une échelle de Likert en 5 points, de 1 (« ne me décrit pas du tout ») à 5 (« me décrit complètement »). Un score est obtenu pour chaque sous-échelle en calculant la moyenne des réponses. Un score élevé à l'échelle de l'écart au soi idéal indique que la personne s'estime proche de ses standards idéaux. Un score élevé à l'échelle de l'écart au soi moral indique que la personne s'évalue proche de ses standards moraux. Enfin, un score élevé à l'échelle de l'écart au soi non désiré indique que la personne estime endosser les caractéristiques indésirables selon elle. Un score global à l'échelle peut également être obtenu en calculant la moyenne des réponses aux 30 adjectifs. Les réponses obtenues pour le soi non désiré seront alors inversées et recodées. Un score élevé est indicatif d'une bonne cohérence entre les standards désirés et les caractéristiques perçues du soi actuel, ainsi qu'une faible correspondance aux caractéristiques non désirées. Les échelles d'écart entre les sois présentent une consistance interne de .72 pour le soi idéal, .73 pour le soi moral et .89 pour le soi non désiré.

Afin d'alléger la passation des questionnaires, mais également de respecter les recommandations[28] de Hardin et Lakin (2009), deux passations ont eu lieu à une semaine d'intervalle, en début ou fin de cours. Le premier livret comprenait l'échelle des écarts entre les sois, tandis que le second était composé des échelles d'estime de soi, de dépression, et des attributions. Un encadré demandant aux participants de rapporter les quatre derniers chiffres de leur numéro de téléphone a permis d'apparier les questionnaires à la fin du recueil.

[28] Cette recommandation présentée dans l'étude de validation de l'ISDI consiste à séparer sa passation de celle des autres questionnaires afin de ne pas biaiser leurs réponses.

2.3. Résultats

2.3.1. Statistiques descriptives

Le tableau 18 présente les moyennes et les écarts-type des mesures utilisées dans cette étude. Du fait des différences démographiques relevées dans le vécu des affects dépressifs (Chan Chee *et al*., 2009), des analyses ont été réalisées sur les moyennes et leurs différences en fonction du cursus universitaire des participants, de leur sexe et de leur situation familiale. Au regard du caractère estudiantin de notre population dont l'âge ne varie quasiment pas, nous n'avons pas jugé utile de réaliser des analyses de variances pour discriminer les groupes en fonction de leur âge.

Tableau 18. Moyennes, écarts-type et coefficients alpha des échelles utilisées

Echelles	Moyenne	Ecart-type	Alpha de Cronbach
1. Soi idéal	3,01	0,62	.72
2. Soi moral	3,74	0,53	.73
3. Soi non désiré	1,64	0,69	.89
4. Dépression	10,74	7,64	.87
5. Estime de soi	30,10	4,57	.84
6. CIE	4,51	0,71	.49
7. CDT	3,92	0,77	.74
8. CSG	3,98	1,03	.78
9. Ccause	3,95	0,75	.62
10. Resp.sit.	4,49	0,76	.60
11. Blâme	3,99	0,99	.76
12. Csolution	3,66	0,91	.77
13. Resp.sol.	4,95	0,67	.58

Notes. CIE : attribution causale interne vs externe ; CDT : attribution causale durable vs temporaire ; CSG : attribution causale globale vs spécifique ; Ccause : contrôle perçu de la cause ; Resp.sit. : responsabilité perçue de la cause ; Csolution : contrôle perçu des conséquences ; Resp.sol : responsabilité perçue de la solution.

Les analyses de variance ont permis de mettre en évidence une différence significative des réponses à l'échelle de contrôle perçu des conséquences ($F = 4,27$; $p = .040$) où les étudiants de psychologie ($M = 3,56$; $SD = 0,93$) perçoivent moins de contrôle que les étudiants de science de l'éducation ($M = 3,85$; $SD = 0,84$). Nous avons également observé une différence significative des réponses aux échelles d'écart au soi moral ($F =$

6,86, p = .010) où les personnes mariées ou vivant maritalement (M = 3,99 ; SD = 0,57) s'estiment plus proches de leurs standards moraux que les personnes célibataires (M = 3,70 ; SD = 0,52), ainsi que sur l'échelle d'attribution causale d'internalité (F = 4,10, p = .044) à laquelle les personnes mariées ou vivant maritalement (M = 4,24 ; SD = 0,60) affichent moins d'internalité que les personnes célibataires (M = 4,55 ; SD = 0,72). Aucune différence liée au sexe n'a été identifiée.

En comparaison avec la précédente étude de validité de l'échelle des écarts entre les sois, les coefficients Alpha de Cronbach variant de .72 à .89 sont ici plus élevés pour les sous-échelles des écarts aux sois moral et non désiré, et légèrement plus faible pour celle du soi idéal. En ce qui concerne les échelles des cognitions spécifiques déjà utilisées dans la seconde étude de notre exposé, nous notons une hausse de la consistance interne pour la majorité d'entre eux. Nous observons en revanche une chute de 7 points du coefficient Alpha de l'échelle de responsabilité de la solution.

2.3.2. Analyses corrélationnelles

Des analyses corrélationnelles ont été réalisées afin d'examiner les relations bivariées entre les différentes mesures utilisées. Comme le montre le tableau 19, peu d'associations significatives apparaissent entre les écarts entre les sois et les attributions spécifiques. La ressemblance au soi idéal est significativement négativement associée au contrôle perçu de la cause (r = -.152, p = .042), et partiellement négativement à l'attribution causale d'internalité (r = -.129, p = .084). Autrement dit, plus la personne s'adonne à des imputations internes d'une part, et plus elle perçoit un contrôle des causes d'autre part, moins elle se sent proche de ses standards idéaux. La ressemblance au soi moral est significativement négativement corrélée à l'attribution causale de globalité (r = -.151, p = .043) et partiellement négativement à la responsabilité perçue de la situation (r = -.141, p = .058). Ces résultats suggèrent que plus la personne perçoit les causes comme globales d'une part, et plus elle se sent responsable de la situation d'autre part, moins elle s'estime proche de ses standards moraux. Enfin, la ressemblance au soi non désiré est positivement associée à l'attribution causale de stabilité (r = .162, p = .029), signifiant que plus la personne impute les situations négatives à des causes durables, plus elle s'estime proche de caractéristiques jugées indésirables.

Tableau 19. Corrélations entre les mesures utilisées dans cette étude

Variable	Soi idéal	Soi moral	Soi ND	RSE	BDI
CIE	-.129	-.104	.050	-.218**	.165*
CDT	-.066	-.116	.162*	-.108	.179*
CSG	-.096	-.151*	.110	-.084	.195**
Ccause	-.152*	-.096	.065	.043	-.165*
Resp.sit.	-.115	-.141	.087	-.301**	.195**
Blâme	-.117	-.029	.000	-.283**	.079
Csolution	-.008	.110	-.063	.252**	-.201**
Resp.sol.	-.096	.001	-.018	-.068	.041
RSE	.128	.254**	-.093	-	-.502**
BDI	-.098	-.197**	.139	-.502**	-

Notes. CIE : attribution causale interne vs externe ; CDT : attribution causale durable vs temporaire ; CSG : attribution causale globale vs spécifique ; Ccause : contrôle perçu de la cause ; Resp.sit. : responsabilité perçue de la cause ; Csolution : contrôle perçu des conséquences ; Resp.sol : responsabilité perçue de la solution ; Soi ND : soi non désiré ; RSE : estime de soi ; BDI : dépression
* $p < .05$; ** $p < .01$.

Parmi les trois types de soi, seule la ressemblance au soi moral est significativement positivement associée à l'estime de soi ($r = .254$, $p = .001$). Une bonne estime de soi est donc associée à une correspondance aux standards moraux. L'association de l'estime de soi avec le soi non désiré n'est pas significative, tandis que sa relation avec le soi idéal tend à la significativité ($r = .128$, $p = .086$). Parmi les attributions, 4 présentent une association significative avec l'estime de soi : l'attribution causale d'internalité ($r = -.218$, $p = .003$), la responsabilité de la situation ($r = -.301$, $p = .000$), l'auto-blâme ($r = -.283$, $p = .000$), et le contrôle perçu de la solution ($r = .252$, $p = .001$). Autrement dit, moins la personne impute les situations à des causes internes, moins elle s'en attribue la responsabilité, moins elle se blâme et plus elle s'attribue un contrôle personnel de l'issue de la situation, et meilleure est son estime d'elle-même.

Concernant les relations à la dépression, la majorité des attributions y sont corrélées. Un score élevé de dépression est significativement associé à des attributions causales plus internes ($r = .165$, $p = .026$), plus durables dans le temps ($r = .179$, $p = .016$), plus globales ($r = .195$, $p = .009$), et moins contrôlables ($r = -.165$, $p = .026$). L'humeur dépressive augmente avec l'attribution de responsabilité de la situation ($r = .195$, $p = .009$) et diminue avec la perception de contrôle de la solution ($r = -.201$, $p = .007$). A notre

grande surprise, l'auto-blâme ne présente pas d'association significative avec la dépression. Notre étonnement porte également sur l'association entre les types de soi et la dépression. Seule la ressemblance au soi moral y est négativement associée (r = -.197, p = .008). Le soi non désiré y est partiellement relié (r = .139, p = .063), et le soi idéal pas du tout. Dans cette étude donc, la ressemblance au soi moral et la divergence au soi non désiré sont associés à une faible humeur dépressive.

Conformément à notre attente, l'estime de soi présente l'association la plus forte à la dépression (r = -.502, p = .000).

Dans cette étude, les variables que nous avions précédemment identifiés comme fortement explicatives de l'humeur dépressive, à savoir l'auto-blâme et l'écart au soi idéal, ne présentent plus d'associations directes significatives.

2.3.3. Analyses en pistes causales

2.3.3.1. Procédure

Des analyses en pistes causales ont été réalisées avec le logiciel AMOS©, afin de tester notre hypothèse de médiation de l'estime de soi entre d'une part les écarts entre les sois et les attributions, et d'autre part la dépression. Selon les recommandations de Hu et Bentler (1999) et comme dans les études précédentes, nous avons utilisé plusieurs indices d'adéquation du modèle théorique, parmi les plus utilisées. Notamment, nous avons recouru au Khi-deux, au *Root Mean Square Error of Approximation* (rappelons qu'une valeur inférieure à .08 est préférable), au *Comparative Fit Index* (une valeur supérieure à .90 est préférable).

Les résultats obtenus, à savoir un Khi-deux à 40 ddl = 162,92, p = .000, un CFI = .786 et un RMSEA = .129, ne satisfont pas une adéquation suffisante. Afin de l'améliorer, nous avons recouru aux indices de modification proposés par le logiciel, et avons ajouté une covariation entre les erreurs de structure respectives de la responsabilité de la situation et de la responsabilité de la solution, un effet direct du contrôle de la cause sur le contrôle de la solution, et un effet direct de la responsabilité de la situation sur le contrôle de la solution. Un effet direct de l'écart au soi moral sur le contrôle de la solution a été suggéré. Il s'agit de la seule relation proposée entre les écarts entre les sois et les attributions. L'interaction entre ces variables étant exploratoire, il nous a semblé intéressant d'inclure cette proposition dans le modèle afin d'observer et de discuter sa pertinence théorique. Enfin, deux effets directs sur l'humeur dépressive ont été ajoutés : ceux des attributions

causales de globalité et de contrôlabilité. Ces relations directs ont déjà été suggérées au sein de la littérature scientifique (Bruch et Belkin, 2001 ; Cochran et Hammen, 1985 ; Hammen, 1981), raison pour laquelle nous avons conclut à la pertinence de ces ajouts. Ce modèle modifié fut soumis à l'épreuve des faits. Les résultats, à savoir un Khi-deux à 35 ddl = 37,53, p = .354, un CFI = .996 et un RMSEA = .020 plaident en faveur d'un très bon ajustement aux données.

2.3.3.2. Tests des effets directs

Le tableau 20 présente les effets directs des attributions. Conformément à nos attentes, la responsabilité de la solution est significativement positivement expliquée par les attributions causales d'internalité (β = .268, p = .003), de globalité (β = .253, p = .001) et de contrôlabilité (β = .232, p = .004) et négativement par l'attribution de stabilité (β = -.151, p = .040). Plus la personne impute les situations négatives à des causes internes, globales, contrôlables et temporaires, plus elle se sent responsable de la solution. La responsabilité de la situation est elle-aussi significativement positivement expliquée par les attributions causales d'internalité (β = .593, p = .002), de globalité (β = .205, p = .002) et de contrôlabilité (β = .221, p = .004), mais pas par la stabilité. Plus la personne impute les situations négatives à des causes internes, globales et contrôlables, plus elle se sent responsable de la situation. La responsabilité de la solution est significativement et positivement associée au contrôle de la solution (β = .174, p = .014), et la responsabilité de la situation positivement associée à l'auto-blâme (β = .573, p = .002). Tandis que le sentiment de responsabilité de la solution augmente le contrôle perçu des conséquences, le sentiment de responsabilité de la situation augmente la tendance à l'auto-blâme. En revanche, le contrôle perçu des conséquences semble directement expliqué négativement par la responsabilité de la situation (β = -.257, p = .006) d'une part, et positivement par le contrôle de la cause (β = .625, p = .002) d'autre part. L'estime de soi est expliquée négativement par l'auto-blâme (β = -.272, p = .003) et positivement par le contrôle de la solution (β = .230, p = .005). Plus la personne perçoit un certain contrôle des conséquences et moins elle se blâme, meilleure sera son estime d'elle-même. Nous noterons enfin des effets directs significatifs entre d'une part les attributions causales de globalité et de contrôlabilité, et d'autre part la dépression (β = .157, p = .006 et β = -.147, p = .027 respectivement). Autrement dit, un score élevé de dépression est favorisé par la tendance à imputer les événements négatifs à des causes globales et incontrôlables.

Tableau 20. Effets directs des attributions

Direction de l'effet	Estimations	Significativité
Attribution d'internalité → Responsabilité de la solution	.268	.003
Attribution d'internalité → Responsabilité de la situation	.593	.002
Attribution de stabilité → Responsabilité de la solution	-.151	.040
Attribution de stabilité → Responsabilité de la situation	.005	.974
Attribution de globalité → Responsabilité de la solution	.253	.001
Attribution de globalité → Responsabilité de la situation	.205	.002
Attribution de globalité → dépression	.157	.006
Contrôle de la cause → Responsabilité de la solution	.232	.004
Contrôle de la cause → Responsabilité de la situation	.221	.004
Contrôle de la cause → Contrôle de la solution	.625	.002
Contrôle de la cause → dépression	-.147	.027
Responsabilité de la situation → Contrôle de la solution	-.257	.006
Responsabilité de la situation → auto-blâme	.573	.002
Auto-blâme → estime de soi	-.272	.003
Contrôle de la solution → estime de soi	.230	.005
Responsabilité de la solution → Contrôle de la solution	.174	.014

Le tableau 21 présente les effets directs des écarts entre les sois et de l'estime de soi. En ce qui concerne les écarts entre les sois, seule la ressemblance au soi moral explique significativement l'augmentation de l'estime de soi (β = .202, p = .003). La ressemblance au soi moral entretient également un lien direct avec le contrôle de la solution (β = .134, p = .032). Autrement dit, plus la personne s'estime proche de ses standards moraux, plus elle perçoit un certain contrôle de l'issue des situations négatives qu'elle rencontre. Enfin, l'estime de soi présente une corrélation négative avec la dépression (β = -.481, p = .003). L'augmentation de l'humeur dépressive est favorisée par un faible niveau de l'estime de soi.

Tableau 21. Effets directs des écarts entre les sois et de l'estime de soi

Direction de l'effet	Estimations	Significativité
Soi idéal → estime de soi	.054	.505
Soi moral → contrôle de la solution	.134	.032
Soi moral → estime de soi	.202	.003
Soi non désiré → estime de soi	-.032	.601
Estime de soi → dépression	-.481	.003

2.3.3.3. Tests des effets indirects (médiateurs) : Procédure de rééchantillonnage

La significativité des effets indirects a été établie par la méthode de rééchantillonage (*bootstrap*) décrite au cours de la première étude. Rappelons qu'un effet indirect est significatif à .05 si son intervalle de confiance à 95% ne comporte pas de valeur nulle (Preacher et Hayes, 2008).

Le tableau 22 présente les effets indirects des attributions dont nous avons fait l'hypothèse. L'attribution causale d'internalité a un effet indirect négatif sur le contrôle perçu de la solution (β = -.106 ; 95% CI : -.197, -.022 ; p = .010) et sur l'estime de soi (β = -.117 ; 95% CI : -.188, -.055 ; p = .002), et un effet positif sur l'auto-blâme (β = .340 ; 95% CI : .259, .423 ; p = .002), et sur la dépression (β = .056 ; 95% CI : .026, .098 ; p = .001). Une tendance aux attributions causales internes aura pour effet indirect de diminuer le sentiment de contrôle des conséquences et l'estime de soi, et de favoriser la tendance à l'auto-blâme et aux affects dépressifs. L'attribution causale de globalité a un effet indirect positif sur l'auto-blâme (β = .117 ; 95% CI : .057, .184 ; p = .001) et sur la dépression (β = .016 ; 95% CI : .004, .033 ; p = .011), un effet négatif sur l'estime de soi (β = -.034 ; 95% CI : -.066, -.009 ; p = .011), mais aucun effet sur le contrôle perçu de la solution. La tendance à émettre des attributions globales aura pour effet indirect d'amplifier la tendance à l'auto-blâme et aux affects dépressifs, et à altérer l'estime de soi. L'attribution causale de contrôlabilité a un effet indirect positif sur l'auto-blâme (β = .127 ; 95% CI : .058, .196 ; p = .003), sur l'estime de soi (β = .105 ; 95% CI : .006, .211 ; p = .034) et négatif sur la dépression (β = -.051 ; 95% CI : -.110, -.003 ; p = .034), mais aucun effet sur le contrôle perçu de la solution. La tendance à émettre des attributions causales de contrôle aura pour effet indirect de favoriser l'auto-blâme, mais également d'augmenter l'estime de soi et de

diminuer les affects dépressifs. Enfin, l'attribution causale de stabilité n'a aucun impact indirect significatif.

La responsabilité perçue de la situation a un effet indirect négatif sur l'estime de soi (β = -.215 ; 95% CI : -.328, -.107 ; p = .002) et positif sur la dépression (β = .103 ; 95% CI : .053, .167 ; p = .002). S'attribuer la responsabilité de la situation a en effet un impact indirect néfaste sur l'estime de soi et engendre des affects dépressifs. La responsabilité perçue de la solution a un impact indirect positif sur l'estime de soi (β = .040 ; 95% CI : .008, .100 ; p = .010) et négatif sur la dépression (β = -.019 ; 95% CI : -.049, -.004 ; p = .009). Les effets indirects de la responsabilité de la solution vont donc dans le sens opposé en favorisant l'estime de soi et diminuant les affects négatifs. L'auto-blâme a un impact indirect positif sur la dépression (β = .131 ; 95% CI : .059, .199 ; p = .002). Enfin, le contrôle perçu de la solution a un effet indirect négatif sur la dépression (β = -.111 ; 95% CI : -.187, -.036 ; p = .006). Tandis que l'effet néfaste de l'auto-blâme est ici indirectement répliqué, l'effet bénéfique du contrôle perçu des conséquences est lui aussi mis en avant.

Au final, cette séquence attributionnelle permet d'expliquer 57,3% de la variance de la responsabilité perçue de la situation, 23,4% de la variance de la responsabilité perçue de la solution, 38,4% de la variance du contrôle perçu de la solution et 32,8% de la variance de l'auto-blâme.

Tableau 22. Effets indirects des attributions

Variable	CIE	CDT	CSG	Ccause	Resp.sit	Blâme	Csol	Resp.so
Csol	-.106**	-.028	-.009	-.016				
Blâme	.340**	.003	.117**	.127**				
RSE	-.117**	-.007	-.034*	.105*	-.215**			.040**
BDI	.056**	.003	.016*	-.051*	.103**	.131**	-.111**	-.019**

Notes. CIE : attribution causale interne/externe ; CDT : attribution causale durable/temporaire ; CSG : attribution causale globale/spécifique ; Ccause : contrôle perçu de la cause ; Csol : contrôle perçu des conséquences ; RSE : estime de soi ; BDI : dépression
* p < .05 ; ** p < .01.

Le tableau 23 présente les effets indirects des écarts entre les sois. Seule la ressemblance au soi moral a un effet indirect négatif sur la dépression (β = -.112 ; 95% CI : -.186, -.049 ; p = .002). C'est-à-dire que plus la personne se sent proche de ses standards

moraux, moins elle est vulnérable, indirectement, au développement d'affects dépressifs. Nous noterons également que la ressemblance au soi moral favorise indirectement l'estime de soi (β = .031 ; 95% CI : .004, .075 ; p = .021) par son impact direct sur le contrôle perçu de la solution.

Tableau 23. Effets indirects des écarts entre les sois

Variable	Soi idéal	Soi moral	Soi non désiré
Estime de soi		.031*	
Dépression	-.026	-.112**	.015

Notes. * p < .05 ; ** p < .01.

La figure 11 présente le modèle en pistes causales modifié. Ce modèle intégratif permet d'expliquer 19,1% de la variance de l'estime de soi, et 29,8% de la variance de la dépression.

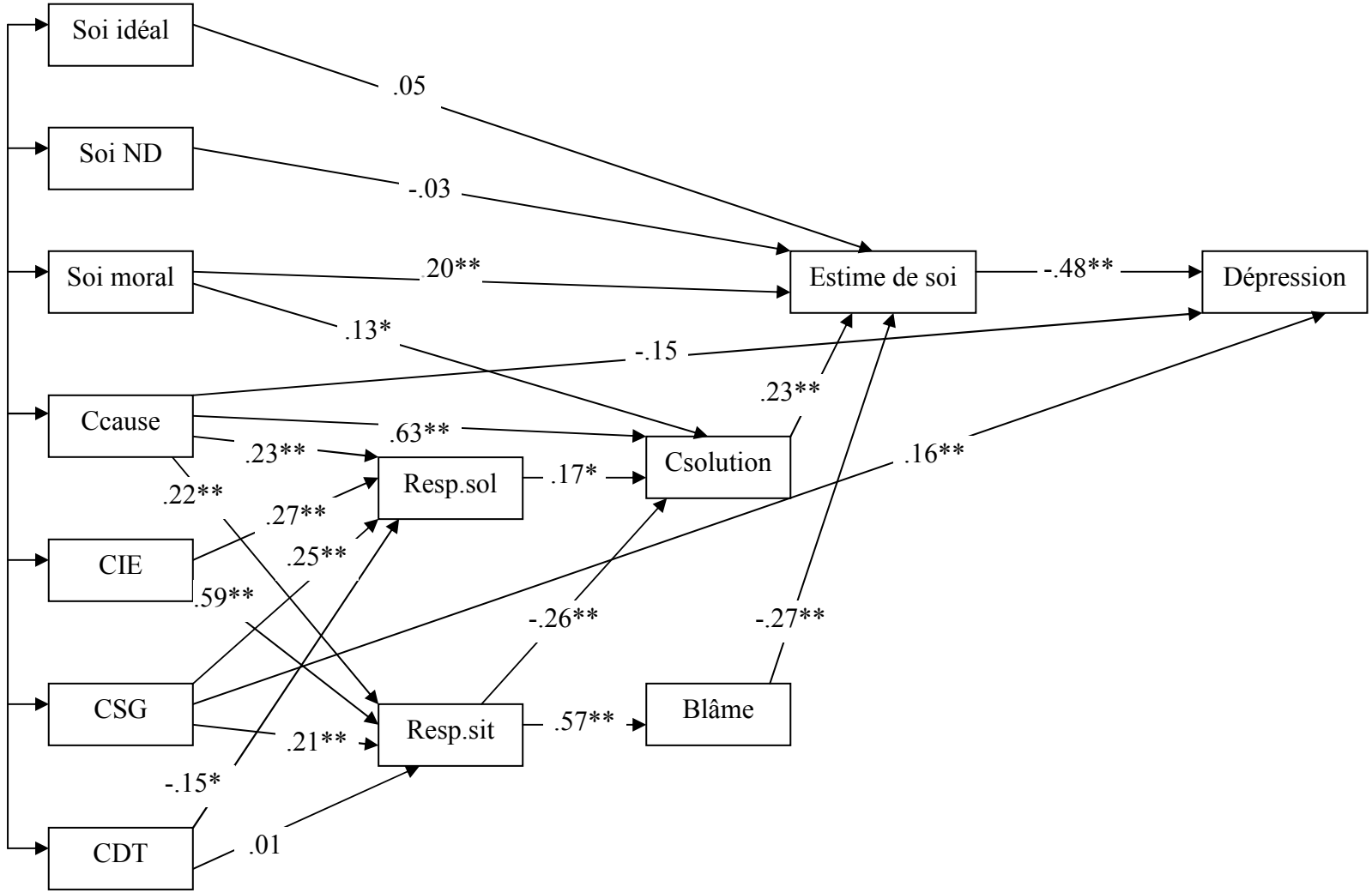


Figure 11. Modèle en pistes causales modifié

Notes. * $p < .05$; ** $p < .01$; CIE : attribution causale interne vs externe ; CDT : attribution causale durable vs temporaire ; CSG : attribution causale globale vs spécifique ; Ccause : contrôle perçu de la cause ; Resp.sit. : responsabilité perçue de la cause ; Csolution : contrôle perçu des conséquences ; Resp.sol : responsabilité perçue de la solution ; Soi ND : soi non désiré

Par manque de place, les variables résiduelles ne sont pas représentées dans cette figure.

2.4. Discussion

Avant de discuter les résultats de cette quatrième étude, nous souhaiterions d'abord en souligner quelques limites. Encore une fois, il nous semble important de rester prudent quant à la généralisation de ces résultats au regard de la petite taille de notre échantillon (N = 181). Même si ce chiffre est un peu plus élevé que ceux de nos précédentes études, il reste bien évidemment dérisoire par rapport à la population qu'il vise à représenter. En outre, seuls des étudiants de cursus universitaire ont été interrogés, et dont la grande majorité est de sexe féminin, restreignant là encore l'étendue possible de nos résultats. Par ailleurs, bien que nous aillions souhaité alléger les passations en les séparant d'un intervalle de temps, les protocoles proposés restent encore longs et fastidieux. Outre les biais inhérents aux questionnaires auto-rapportés, ceux découlant de la longueur du protocole nous posent évidemment certains problèmes. Enfin, bien que cette étude ait pour objectif de tester un modèle en pistes causales, nous gardons à l'esprit que ces méthodes statistiques ne remplaceront pas un protocole longitudinal de validation de nos hypothèses. La facture corrélationnelle de la présente recherche ne nous permet donc pas de conclure quant au sens des relations mises en évidence.

Voyons à présent les principaux résultats de cette étude. Un premier objectif était d'évaluer le poids des écarts entre les sois et des attributions dans la détermination de l'estime de soi globale. Les résultats indiquent que parmi les écarts entre les sois, seul l'écart au soi moral a un effet direct sur l'évaluation de Soi. Contrairement à nos attentes, les écarts aux sois idéal et non désiré n'entretiennent ici aucun lien direct avec l'estime de soi. Parmi les attributions en revanche, toutes ont un effet sur l'estime de soi, hormis l'attribution causale de stabilité. Deux d'entre elles ont un effet direct, à savoir la tendance à l'auto-blâme et la perception de contrôle de la solution. Tandis que la première a un effet délétère, l'influence bénéfique de la seconde est ici confirmée. Les attributions causales d'internalité, de globalité et de contrôlabilité, ainsi que les deux sentiments de responsabilité jouent également un rôle sur l'estime de soi, mais de manière indirecte. Ces résultats rejoignent ainsi l'idée selon laquelle les explications et cognitions exprimées face aux situations aversives ont pour objectif, ou tout du moins comme potentielles conséquences, de servir une appréciation plus générale de soi (Dunning *et al.,* 1995 ; Zuckerman, 1979). Cette appréciation pourrait donc prendre une de ses sources dans des attributions dont les thématiques peuvent être l'implication personnelle, la responsabilité, la culpabilité, mais également le locus de l'action permettant la résolution de problème. L'établissement de cette

direction causale n'exclut cependant pas (ni théoriquement, ni statistiquement), la relation inverse. Si l'évaluation globale de soi se nourrit des feedbacks attributionnels, il est légitime d'envisager que l'estime de soi globale, à un temps donné, oriente la perception et l'interprétation, en l'occurrence ici le type d'explications émises. Certaines études ont déjà effectivement montré que l'estime de soi expliquait une part importante de la variance du style attributionnel, et cela même davantage que l'humeur dépressive (Hirschy et Morris, 2002 ; Tennen et Herzberger, 1987 ; Tennen *et al*., 1987). Ainsi, la prise en compte concomitante des écarts entre les sois et des cognitions spécifiques permet d'expliquer 1/5ème de la variance de l'estime de soi.

Un second objectif de cette étude était de tester la médiatisation par l'estime de soi, de la relation entre les écarts entre les sois et les attributions d'une part, et l'humeur dépressive d'autre part. Parmi l'ensemble des variables introduites dans le modèle, l'estime de soi s'est révélée entretenir la relation la plus forte avec le score de dépression. Conformément à nos attentes, l'ensemble des cognitions spécifiques, mise à part là encore l'attribution causale de stabilité, ont un effet indirect significatif sur l'humeur dépressive. Leur effet semble donc effectivement médiatisé par l'évaluation globale de soi. Nous notons également qu'à notre surprise, l'auto-blâme ne présente pas de corrélation significative au score de dépression. Son effet est cependant entièrement médiatisé par l'estime de soi, suggérant que cette dernière représente une variable plus proximale de l'humeur dépressive. En ce qui concerne les écarts entre les sois, l'écart au soi moral a lui aussi un effet indirect. Nous notons cependant que certaines dimensions conservent un effet direct sur le score de dépression, notamment les attributions causales de contrôlabilité et de globalité. Ces résultats rejoignent ceux précédemment rapportés par d'autres chercheurs (Bruch et Belkin, 2001 ; Cochran et Hammen, 1985). En mettant en perspective les attributions causales d'internalité, de stabilité, de globalité et de contrôlabilité, Bruch et Belkin (2001) montrent que seules les deux dernières expliquent significativement l'humeur dépressive et la tendance à la timidité. Carver et Ganellen (1983) rapproche cette dimension de la tendance à la surgénéralisation, distorsion cognitive présente dans le trouble dépressif et notamment mis en avant par Beck (1987). D'autres études ont par ailleurs montré que la dimension de contrôlabilité était le meilleur prédicteur, et parfois même le seul, de l'humeur dépressive (Anderson et Arnoult, 1985 ; Bruch et Pearl, 1995). Ces résultats soulignent l'importance de la perception d'incontrôlabilité dans l'émergence des affects négatifs (Mineka *et al*., 1995). Au final, ce modèle intégratif permet d'expliquer près de 30% de la variance de la dépression.

Un troisième objectif de notre étude était d'observer, à titre exploratoire, d'éventuelles relations entre les écarts entre les sois et les cognitions spécifiques. Les analyses statistiques corrélationnelles ont révélé quelques associations significatives. Notamment, l'écart au soi idéal augmenterait avec la tendance à émettre des attributions causales internes et contrôlables face à des situations négatives. Face à ces tendances, nous pouvons supposer qu'il s'agit peut-être de l'impact délétère des attributions internes et de contrôle sur le sentiment de responsabilité de la situation et l'auto-blâme qui est à relier à cette prise de distance au soi idéal, et non leur mécanisme positif via le contrôle perçu des conséquences. Par ailleurs, nous observons que la ressemblance au soi non désiré augmente avec la tendance à émettre des attributions causales durables. Les causes durables évoquées pour expliquer des situations négatives sont susceptibles de caractériser des traits de personnalité par conséquent indésirables. Enfin, l'écart au soi moral augmente avec la tendance à émettre des attributions causales globales et à s'attribuer la responsabilité des situations négatives. L'endossement de la responsabilité d'une situation pourrait bien revêtir un caractère moral. Les analyses en pistes causales révèlent également un effet direct de l'écart au soi moral sur l'attribution de contrôle des conséquences. Plus la personne s'estime proche de ses standards moraux, plus elle perçoit un certain contrôle de l'issue des situations qu'elle rencontre. Ces associations apparaissent cohérentes dans la mesure où les aspects néfastes s'associent entre eux, de même que les pôles positifs de ces dimensions.

Si cette étude présente des résultats attendus, d'autres nous ont pour le moins surpris. Notamment, les écarts aux sois idéal et non désiré n'expliquent plus la dépression, ni directement ni indirectement, contrairement à ce que nous avions vérifié lors de l'étude de validation de l'ISDI (étude 2). Au contraire, l'écart au soi moral apparait comme ayant un fort pouvoir prédictif sur les affects dépressifs. Son impact est lui aussi médiatisé par l'estime de soi. Comment expliquer ces tendances inversées ? Après avoir revérifié que notre recueil de données ne présentait pas d'erreur de cotation, deux hypothèses nous semblent plausibles. En premier lieu, il est possible que l'échelle des écarts entre les sois ne présente pas de stabilité suffisante, auquel cas la mesure elle-même est remise en question. Rappelons que l'ISDI a été développé récemment (Hardin et Lakin, 2009) et que nous disposons encore de peu de données étayant ses qualités psychométriques. Or avec le développement d'une perception plus unifiée du processus de validation, telle qu'elle apparait notamment dans les *Standards for Educational and Psychological Testing* (AERA, APA & NCME, 1999), s'est renforcée l'idée selon laquelle l'accumulation d'un certain nombre de preuves empiriques

était nécessaire pour juger des qualités psychométriques d'un instrument de mesure. Par conséquent, il semble difficile de défendre cette première hypothèse sans un certain recul[29]. En second lieu, il est également possible que la théorie sous-jacente ne soit pas adéquate, ou tout du moins, soit incomplète. Car si le processus de validation vise la précision de la mesure, il concerne tout autant la théorie sous-jacente (Kane, 1992 ; Messick, 1989). Bien que, là encore, nous ne puissions évaluer cette hypothèse sans la conduite d'autres recherches, nous nous sommes interrogés sur les facteurs qui pouvaient potentiellement différencier la passation de cette étude, de celle de l'étude de validation de l'ISDI :

- Les variables communes aux deux études ont été mesurées par les mêmes outils, hormis la dépression, ici mesurée par l'inventaire de dépression de Beck (BDI-II ; Beck *et al*., 1996), et précédemment évaluée par l'échelle de dépression et d'anxiété de Zigmond et Snaith (HADS ; 1983). Leur validité concomitante a pourtant été démontrée (Bjelland *et al.,* 2002). En outre, leur association négative respective avec l'estime de soi dans nos deux études semble témoigner de leur validité de construit.
- La population de l'étude de validation est composée de près de 70% d'étudiants, et la présente étude de 100% d'étudiants. Le statut des participants ne semble pas être un facteur explicatif suffisant.
- Les seules autres différences que nous envisageons ont trait au sexe et aux conditions de passation de ces études. Concernant la variable « sexe », si l'étude de validation présente un certain équilibre entre les hommes et les femmes, la présente étude comporte des participants majoritairement de sexe féminin.
- Pour ce qui est du contexte de passation, lors de l'étude de validation comme pour les deux premières études d'ailleurs, nous avons distribué les questionnaires aux participants en leur demandant de les remplir chez eux, avant de nous les retourner. Cependant pour cette étude, nous sommes intervenus au cours d'enseignements et avons réalisé les passations dans les amphithéâtres. Autrement dit, tandis que nos premières passations étaient 'individuelles', les dernières ont eu lieu dans un contexte 'collectif'. Bien que nous n'ayons pas pu vérifier l'entière solitude des premières passations, nous savons cependant qu'elles n'ont pas eu lieu en salle de cours.

Afin de tester ces pistes explicatives, nous avons souhaité effectuer des analyses *post-hoc*. C'est l'objet de notre cinquième étude.

[29] Cette remarque vaut cependant tout autant pour la seconde hypothèse.

3. ÉTUDE 5. LE CONTEXTE ET LES VARIABLES DEMOGRAPHIQUES COMME FACTEURS EXPLICATIFS DE L'EVALUATION DE SOI GLOBALE

3.1. OBJECTIFS

Afin de comprendre les influences différentielles des écarts entre les sois, nous avons réalisé des analyses *post-hoc*. Notamment, nous testons deux pistes explicatives faisant intervenir le sexe et le contexte de passation individuel *versus* collectif des outils de mesure ayant trait à l'évaluation de soi.

À notre connaissance, peu d'études ont étudié spécifiquement les effets du sexe sur les écarts entre les sois. Les quelques données dont nous disposons suggèrent une accessibilité plus importante du soi moral chez les femmes (Cross et Madson, 1997 ; Moretti et Higgins, 1999 ; Moscovitch *et al.,* 2005). Celles-ci seraient en effet davantage enclines à endosser des standards sociaux forts (Prentice et Carranza, 2002). Elles seraient également plus sensibles à l'évaluation des autres et attacheraient davantage d'importance à correspondre à leurs attentes. Par exemple, Moretti *et al.* (1998) étudient les différences d'écarts au soi idéal du point de vue d'autrui (idéal/autrui) et du sien propre (idéal/soi) chez les hommes et les femmes. Leurs résultats montrent que les femmes présentent un écart à leur soi idéal/soi significativement plus important qu'à leur soi idéal/autrui. Les hommes ne présentent pas de différences entre ces deux évaluations. Autrement dit, les femmes rechercheraient la congruence à leurs standards sociaux et plus largement aux attentes d'autrui.

Par ailleurs, plusieurs études ont montré que les domaines de références importants pour l'évaluation de soi différaient selon les hommes et les femmes (Cole *et al.,* 2001 ; Shapka et Keating, 2005). Shapka et Keating (2005) par exemple, ont montré que les hommes avaient une meilleure estime d'eux-mêmes dans les domaines de l'esthétique, l'apparence et des compétences athlétiques, tandis que les femmes avaient une meilleure conception d'elles-mêmes dans des domaines ayant trait à la sphère sociale comme les relations amicales et l'acceptation sociale. La prépondérance du nombre de femmes dans notre étude, ainsi que le contexte social de la passation pourrait expliquer le rôle premier du soi moral. Calogero et Watson (2009) par exemple, ont montré que le sexe modérait la relation entre le soi moral et la conscience de soi dans les contextes sociaux (*chronic social self-consciousness*). Cette conscience renvoie à une attitude d'auto-surveillance et d'auto-

régulation en situation collective. Les auteurs ont ainsi montré qu'il existait une relation entre l'écart au soi moral et cette conscience de soi, mais uniquement chez les femmes.

Higgins (1987, p. 320) explique que l'accessibilité des écarts entre les sois peut varier en fonction de facteurs contextuels et donc produire des réponses différentes. Les résultats de la précédente étude (étude 5) suggèrent en effet que le contexte a pu avoir un effet sur le type d'écart entre les sois activé. Néanmoins, dans les deux contextes individuel et collectif, les deux écarts respectivement activés se sont avérés corrélés spécifiquement à la même réponse émotionnelle : le score de dépression. Ce résultat appuie l'hypothèse de l'accessibilité des écarts émise par Higgins, mais invalide cependant sa conception d'associations émotionnelles spécifiques à chaque type d'écart.

3.2. Méthode

3.2.1. Participants

Nous avons assemblé les fichiers statistiques de l'étude de validation (3ème étude) et de la dernière étude portant sur le modèle intégratif (4ème étude). Notre nouvel échantillon comporte 316 participants (241 femmes et 75 hommes) dont l'âge varie de 17 à 58 ans (moyenne = 22,14 ans ; écart-type = 6,47) (cf. questions en annexe 9).

3.2.2. Matériel et procédure

Nous avons utilisé les réponses des sujets aux outils de mesure communs aux deux études, à savoir l'échelle des écarts entre les sois (ISDI ; Hardin et Lakin, 2009 ; Annexe 8) et l'estime de soi (RSE ; Rosenberg, 1965 ; Annexe 4). Dans la mesure où nous avions évalué l'humeur dépressive avec des échelles différentes, nous avons été contraints d'exclure cette dimension de nos analyses. Nous avons également intégré les données démographiques portant sur l'âge et le sexe des participants. En outre, nous avons créé une variable relative au contexte de passation côté 1 = individuel (N = 135) et 2 = collectif (N = 181).

3.3. Résultats

Afin de tester l'impact du sexe et du contexte de passation sur les réponses à l'échelle des écarts entre les sois, nous avons réalisé des analyses de covariance. Nous avons inclus comme variables dépendantes les scores des sous-échelles d'écarts aux sois

idéal (vu par soi/ vu par autrui/ total), moral (vu par soi/ vu par autrui/ total), et non désiré (vu par soi/ vu par autrui/ total), ainsi que le score d'estime de soi.

Nous avons d'abord réalisé l'analyse de covariance en testant l'impact du sexe (facteur fixé), et en contrôlant l'impact de l'âge et du contexte de passation (covariables). Les résultats présentés dans le tableau 24 suggèrent une différence significative des réponses à la sous-échelle de l'écart au soi non désiré/autrui (F = 4,330, p = .038) où les femmes (M = 1,70, SD = 0,72) présentent un écart plus important à leur soi non désiré/autrui que les hommes (M = 1,92, SD = 0,72). Une différence significative est également observée sur l'échelle d'estime de soi (F = 7,943, p = .005), où les hommes (M = 31,08, SD = 5,24) affichent une meilleure estime de soi que les femmes (M = 29,45 ; SD = 4,74).

Nous avons réitéré l'analyse de covariance en testant cette fois l'impact du contexte de passation (facteur fixé), et en contrôlant l'impact de l'âge et du sexe (covariable). Les résultats suggèrent une différence significative des réponses à l'échelle de l'écart au soi moral (F = 4,76, p = .030), et en particulier à la sous-échelle de l'écart au soi moral/autrui (F = 5,143, p = .024) où les personnes en situation individuelle (M = 3,47, SD = 0,67) rapportent davantage d'écart au soi moral que les personnes en situation collective (M = 3,67, SD = 0,64). Une différence significative est également observée sur les réponses à l'échelle de l'écart au soi idéal (F = 10,81, p = .001) quel que soit le point de vue soi/autrui, où les personnes en situation individuelle (M = 2,77, SD = 0,65) rapportent davantage d'écart au soi idéal que les personnes en situation collective (M = 3,01, SD = 0,62). Ces résultats indiquent que les personnes estiment leur soi actuel plus proche de leur soi moral et de leur soi idéal en contexte social. En contexte individuel, elles rapportent en effet un écart plus important à leurs standards moraux et idéaux.

Enfin, nous avons testé l'effet d'interaction du sexe et du contexte de passation (facteurs fixés) en contrôlant l'impact de l'âge (covariable). Aucun d'effet d'interaction significatif n'apparait dans les résultats.

Tableau 24. Récapitulatif des effets inter-sujets

Source	Variables dépendantes	*F*	Signification
Sexe [a]	**Estime de soi**	**7,943**	**.005**
	Soi moral	3,276	.071
	- soi	2,733	,099
	- autrui	2,281	,132
	Soi idéal	,496	.482
	- soi	1,281	,259
	- autrui	,010	,919
	Soi non désiré	2,732	.099
	- soi	,903	,343
	- **autrui**	**4,330**	**,038**
Passation [b]	Estime de soi	3,195	.075
	Soi moral	**4,759**	**.030**
	- soi	2,239	,136
	- **autrui**	**5,143**	**,024**
	Soi idéal	**10,811**	**.001**
	- **soi**	**7,933**	**,005**
	- **autrui**	**8,520**	**,004**
	Soi non désiré	,094	.759
	- soi	,529	,467
	- autrui	,018	,894
Sexe X passation [c]	Estime de soi	2,998	.084
	Soi moral	,569	.451
	- soi	,958	,329
	- autrui	,136	,712
	Soi idéal	,143	.705
	- soi	,366	,546
	- autrui	,003	,955
	Soi non désiré	,366	.545
	- soi	,301	,584
	- autrui	,328	,567

Notes.
[a] Effets lorsque la variable « sexe » est fixée, l'âge et le contexte de passation étant des covariables
[b] Effets lorsque la variable « passation » est fixée, l'âge et le sexe étant des covariables
[c] Effets lorsque les variables « sexe » et « passation » sont fixées, l'âge étant une covariable

3.4. Discussion

Afin d'expliquer certaines inconsistances de résultats rencontrées lors l'étude 5, nous avons effectué des analyses *post-hoc*. Notamment, nous avons cherché à expliquer l'absence de relation entre l'écart au soi idéal et la dépression ou encore l'estime de soi, au profit de l'écart au soi moral.

Les analyses avaient pour objectif de tester l'effet potentiel du sexe et du contexte de passation sur les évaluations des écarts entre les sois. Nous avons noté un effet du sexe sur l'écart au soi non désiré/autrui, écart qui apparait plus important chez les femmes que chez les hommes. Ce résultat va dans le sens des propositions selon lesquelles les femmes s'attacheraient davantage à correspondre aux attentes sociétales, d'autrui (Moretti *et al*., 1998). En s'éloignant des caractéristiques jugées indésirables pour les autres, elles se rapprochent ainsi de ces attentes. Cette tendance n'a cependant pas été confirmée avec les écarts aux sois idéal et moral, rejoignant des études ne rapportant pas de différences significatives entre les hommes et les femmes sur les écarts entre les sois mesurés par le *Selves Questionnaire* de Higgins *et al.,* (1985) (Bruch *et al.,* 2000 ; Fairbrother et Moretti, 1998 ; Waters *et al.,* 2004) et par *l'Integrated Self-Discrepancy Index* de Hardin et Lakin (2009) (Hardin et Leong, 2005 ; Hardin *et al.,* 2007). Nous avons également observé un effet du sexe sur l'estime de soi globale, les hommes présentant une meilleure estime d'eux-mêmes. Cette tendance a en effet été démontrée dans de précédentes études (Falci, 2011 ; McMullin et Cairney, 2004). Elle constitue d'ailleurs une explication évoquée pour expliquer la vulnérabilité dépressive supérieure des femmes (Avison et McAlpine, 1992 ; Rosenberg, 1985 ; Rosenfield, 1999).

Nos résultats appuient également un effet du contexte de passation sur l'évaluation des écarts au soi moral/autrui et idéal/soi et /autrui. En contexte de passation collective, les participants rapportent à chaque fois moins d'écarts. Aucun effet d'interaction du sexe et du contexte n'a été relevé. Comment le contexte social intervient-il sur l'évaluation de soi ? Deux hypothèses semblent plausibles : D'une part, il est envisageable que les écarts entre les sois soient sujets au phénomène de désirabilité sociale, et d'autre part, il est possible que le contexte ait activé un aspect spécifique du soi.

Notre première hypothèse fait donc intervenir la désirabilité sociale. La désirabilité sociale correspond à la tendance à se présenter sous un angle très favorable, par exemple en mettant en avant ses qualités plutôt que ses défauts (Roth *et al.,* 1986). Nos résultats suggèrent que les participants se décrivent comme étant plus proches de leurs standards idéal et moral. Dans les années cinquante déjà, Kenny (1956) interpellait les chercheurs sur les modifications de réponses créées par la désirabilité sociale, et notamment sur l'évaluation de l'écart au soi idéal. Les résultats confirment d'ailleurs de fortes associations entre le soi idéal (et plus largement le concept de soi) et la désirabilité sociale, ainsi que le statut d'antécédent de celle-ci (Arlin, 1976 ; Cowen et Tongas, 1959). De plus, les études montrent que les situations à forts enjeux sont davantage susceptibles de générer ce biais

de réponse (Juhel et Rouxel, 2005). Dans cette étude, une partie du recueil (le contexte de passation collectif) a été réalisée dans une salle de cours. Chaque participant complétait le questionnaire dans 'sa promotion', autrement dit, dans le cadre d'un de ses groupes d'appartenance. Il est donc possible que les participants aient attaché davantage d'importance à donner une bonne image d'eux-mêmes à leurs pairs. Par ailleurs, nous savons que les individus sont particulièrement motivés à être bien perçus par leurs pairs, à être socialement acceptés (Dewall *et al.,* 2009). Or la littérature scientifique nous indique également que l'acceptation sociale perçue est un facteur explicatif de l'humeur dépressive (Cole, 1991 ; Harter, 1999 ; Tram et Cole, 2000 ; Uhrlass *et al.,* 2009). Aussi, il est plausible que la prépondérance du soi moral et sa relation avec l'humeur dépressive, trouvés dans la quatrième étude reflètent l'importance à correspondre à ce type de standards dans ce contexte particulier.

Notre seconde hypothèse fait davantage référence aux différents aspects du concept de soi et à leur activation respective. La théorie des écarts entre les sois fait intervenir plusieurs types de soi et en l'occurrence le soi réel, idéal, moral (Higgins, 1987) et le soi non désiré (Ogilvie, 1987). Elle n'est cependant pas la seule à avoir proposé que le soi ne se résume pas à une entité globale mais qu'il soit multiple (Reid et Deaux, 1996). Par exemple, la théorie de la catégorisation de soi (*Self-categorization theory,* SCT ; Turner *et al.,* 1987) distingue deux niveaux principaux : l'identité personnelle et l'identité sociale. Tandis que la première renvoie à la personne dans son individualité, la seconde se réfère à l'individu comme membre d'un groupe. Suivant les propositions de Festinger (1954), la SCT considère que l'évaluation de soi est dépendante du contexte et que par conséquent, le concept de soi peut passer d'un niveau à l'autre très rapidement. Guimond *et al.* (2006) suggèrent que « *contrary to the view of the self as a stable structure, personal identity is not considered to be any more basic or fundamental as a self-definition than social identity* » (p. 223). Les deux niveaux supposés du soi, individuel et social, sont donc considérés comme d'égale importance. Est-il alors possible que le contexte de passation collectif ait activé un aspect social du soi, entrainant ainsi le soi moral au devant de la scène ? Cette question renvoie cependant à une autre. Car si la multiplicité des aspects du soi fait consensus auprès de certains auteurs, la question de leur structuration cognitive semble davantage les diviser. Font-ils parti d'une même structure ou appartiennent-ils à des entités distinctes ? Reid et Deaux (1996) rapportent deux traditions. La première (*segregation model* ; Trafimow *et al.,* 1991) considèrent ces deux identités comme des catégories distinctes, ayant leur propre réseau de connaissance respectif, et dont

l'activation dépend de la congruence des éléments du contexte. La seconde (*integration model* ; Deaux, 1992) en revanche, estime que les aspects individuels et collectifs du soi coexistent et sont intriqués dans les mêmes organisations cognitives. Par exemple, être commerçant (identité sociale) implique des caractéristiques comme l'amabilité, l'ouverture aux autres, la capacité d'initiative (identité individuelle). Dans cette perspective, l'activation d'un réseau ne laisse pas apparaitre une identité plus qu'une autre. Nos études ne permettent évidemment pas de répondre à cette question, mais montrent que d'une étude à l'autre, d'un contexte à l'autre, différents aspects du soi se sont avérés corrélés à l'ajustement psychologique, comme s'ils avaient été différentiellement activés. Or dans les deux cas, le soi potentiellement activé est associé au même type d'affect, c'est-à-dire aux affects dépressifs. Ce constat nous amène par conséquent à interroger les relations spécifiques entre les sois et l'affectivité, défendues par Higgins (1987).

Il va de soi que ces analyses *post-hoc* ne remplissent pas les conditions nécessaires à la mise à l'épreuve de ces hypothèses. Notamment, au regard du recouvrement observé entre les échelles de dépression et d'anxiété, il aurait été nécessaire d'inclure une mesure de l'anxiété dans la quatrième étude afin de proposer une comparaison stricte. Une autre limite de ces analyses tient également au manque de contrôle des conditions de passation dont nous suggérons ici un effet. Si l'étude 5 s'est effectivement déroulée dans un contexte social, les conditions 'individuelles' attribuées à l'étude de validation de l'ISDI (étude 2) sont évidemment discutables. Nous n'étions pas aux côtés des participants pour vérifier qu'ils étaient seuls au moment de leur passation. Des études destinées à tester spécifiquement cette hypothèse sont nécessaires. Rappelons enfin qu'une hypothèse alternative concerne la validité de l'échelle des écarts entre les sois, et que l'accumulation d'autres données empiriques permettront de tendre vers l'une ou l'autre alternative.

CHAPITRE III : NATURE DE LA RELATION ENTRE LES FACTEURS DE PERSONNALITE ET L'HUMEUR DEPRESSIVE

1. *ÉTUDE 6 : PERSONNALITE VS DEPRESSION : MISE EN COMPETITION DE 5 MODELES STRUCTURAUX*

1.1. Objectifs

Tout au long de ce travail de thèse, nous avons conçu et mené nos recherches en mettant systématiquement à l'épreuve des modèles issues des modèles de vulnérabilité. Notamment, nous avons à chaque fois émis des hypothèses permettant d'expliquer l'humeur dépressive à partir de plusieurs dimensions cognitives et/ou de personnalité, exogènes ou médiatrices. Nous avons toutefois conduit ces études en ne perdant jamais totalement de vue que ces hypothèses reposaient sur un postulat (parmi d'autres) fondamental. Or, comme nous l'avions précédemment rapporté, ce type de relation causale n'exclut pas, ni théoriquement, ni empiriquement, l'existence de relations causales différentes. Aussi, sur la base des données précédemment recueillies, nous avons souhaité mettre à l'épreuve différents modèles structuraux concernant les relations entre l'humeur dépressive et trois dimensions de personnalité : le style attributionnel, le contrôle perçu des conséquences et l'estime de soi. Le style attributionnel correspond à la tendance générale des individus à expliquer les situations qu'ils rencontrent (Abramson *et al.,* 1978). Il s'évalue en combinant les attributions causales d'internalité, de stabilité et de globalité que nous avions choisi d'étudier séparément tout au long de ce travail. L'estime de soi correspond à une appréciation globale que la personne a d'elle-même (Swann, 2007). Enfin, le contrôle perçu des conséquences décrit la tendance qu'ont les personnes à percevoir ou non un certain degré de contrôle des conséquences des situations qu'elles rencontrent. Nous avons bien conscience que le terme de personnalité est ici discutable. Si le style attributionnel et l'estime de soi ont été décrits comme des tendances relativement stables de la personnalité, le contrôle perçu est davantage considéré comme une dimension transactionnelle (Paquet, 2009, p. 18). Aussi, le terme de personnalité est employé dans cette étude dans un sens large, se référant à des dimensions psychologiques en général, ayant été mises en relation avec l'humeur dépressive.

Comme nous l'avons précédemment décrit, sept modèles concernant les relations causales entre personnalité et dépression ont été identifiés dans la littérature (Klein *et al.,*

2011). Ces modèles sont classiquement regroupés en trois catégories, selon qu'ils proposent que la personnalité joue un rôle sur le développement des affects dépressifs (*vulnerability models*), que l'humeur dépressive altère la façon de penser (*scar models*), ou qu'ils considèrent ces dimensions comme provenant de sources étiologiques communes (*continuum models*). Tout au long de ce manuscrit, nous avons présenté des résultats appuyant l'idée d'une vulnérabilité psychologique à l'humeur dépressive, rejoignant ainsi ceux de précédentes études. Le style attributionnel pessimiste tout d'abord, au cœur de l'élaboration des théories de l'impuissance acquise (*learned helplessness theory* ; Abramson *et al.,* 1978) et du désespoir (*hopelessness theory* ; Abramson *et al*., 1989) s'est révélé être un facteur important dans l'émergence et le maintien de l'humeur dépressive (Alloy et Clements, 1998 ; Alloy *et al*., 1997 ; Alloy *et al.,* 2006 ; Chaney *et al.,* 2004 ; Hankin *et al.,* 2001 ; Mongrain et Blackburn, 2005 ; Sanjuan et Magallares, 2009). Alloy *et al*. (2006) par exemple, ont suivi pendant près de deux ans et demi des étudiants universitaires, et ont montré que le style attributionnel expliquait non seulement l'émergence d'un premier épisode dépressif, mais également sa récurrence. L'estime de soi permettrait également de prédire des épisodes dépressifs, seule (Fernandez *et al.,* 1998 ; Lewinsohn *et al*., 1988 ; Southall et Roberts, 2002 ; Trzesniewski *et al.,* 2006) ou en interaction avec le vécu de situations stressantes (Abela *et al*., 2006 ; Kernis *et al*., 1998 ; Ralph et Mineka, 1998). En ce qui concerne la perception de contrôle des conséquences, nous disposons en réalité de peu de données. Généralement, les études se sont en effet davantage intéressées au contrôle perçu de la cause, laissant de côté cette autre dimension. Pourtant, les études introduisant ce type de contrôle montrent son rôle protecteur dans les situations aversives (Amirkhan, 1998 ; Frazier *et al*., 2005 ; Jensen *et al.,* 2007). Frazier *et al*. (2005) par exemple, ont suivi des victimes d'abus sexuels pendant un an, et ont montré que le contrôle perçu des conséquences, en l'occurrence du contrôle sur le processus de rémission, était associé à une détresse psychologique moindre. Selon ces auteurs, le contrôle perçu serait protecteur en ce qu'il redonne à la personne un statut d'actrice la protégeant contre l'isolement social et favorisant le travail cognitif de réhabilitation.

Cependant, plusieurs études ont également mis en évidence un effet délétère du vécu dépressif sur la personnalité (*scar models*). C'est notamment le cas de l'estime de soi (Coyne et Calarco, 1995 ; Coyne *et al*., 1998 ; Shahar et Davidson, 2003). Shahar et Davidson (2003) par exemple, montrent que le vécu d'un épisode dépressif prédit l'altération de l'estime de soi au cours des quatre mois suivant l'épisode. Ces mêmes tendances ont été trouvées avec le style attributionnel (Ball *et al*., 2008 ; Jonhson et Miller, 1990 ; Lo *et al*.,

2010). Lo *et al.* (2010) montrent notamment que l'humeur dépressive renforce la tendance à imputer les situations négatives à des causes stables et globales. Par ailleurs, les résultats obtenus par Ball *et al.* (2008) montrent que le style attributionnel est plus associé à l'humeur dépressive actuelle qu'au vécu d'épisodes dépressifs passés, suggérant selon les auteurs, que le style attributionnel correspond davantage à un état dépendant de l'humeur dépressive, qu'un trait favorisant son émergence. Plusieurs autres études ont également montré la persistance de certains biais cognitifs même après la rémission d'un épisode dépressif (Fritzsche *et al*., 2010 ; Gupta et Kar, 2008 ; Miller et Norman, 1986 ; Vanderhasselt et De Raedt, 2009). Ces résultats suggèrent que l'humeur dépressive peut modifier la façon de penser des individus, et les rendre vulnérables à d'autres épisodes dépressifs, créant ainsi un cercle vicieux.

Les conceptions *vulnerability* et *scar* ont également été étudiées simultanément dans la relation entre l'estime de soi et la dépression. Là encore cependant, les deux modèles trouvent appuie à leurs hypothèses, les résultats confirmant aussi bien l'impact de l'estime de soi sur l'humeur (Ormel *et al*., 2004 ; Orth *et al*., 2008 ; Orth *et al.,* 2009b), que l'effet délétère de l'humeur sur l'évaluation de soi (Shahar et Davidson, 2003).

Ces deux types de conception des variables psychologiques, tantôt facteurs de vulnérabilité, tantôt conséquences des affects dépressifs, se rejoignent cependant sur une existence distincte de ces dimensions. D'autres modèles proposent en revanche que certaines dimensions de personnalité et l'humeur dépressive soient issues de facteurs étiologiques communs, voire qu'ils constituent deux pôles d'un même continuum. Les analyses factorielles exploratoires et confirmatoires conduites par Hankin *et al.* (2007) par exemple, révèlent de forts recouvrements entre l'estime de soi, le névrosisme et la dépression. Neiss *et al.* (2009) confirment ces tendances, et proposent que ces construits soient trois facettes d'un facteur latent commun qu'ils appellent '*core negative affect*'. Les associations parfois très élevées entre l'estime de soi et la dépression ont en effet amené les chercheurs à s'interroger sur leur distinction conceptuelle. Certains proposent qu'elles dépendent d'une dimension plus générale d'affectivité négative (Orth *et al.,* 2008). Watson *et al.* (2002) proposent ainsi que « *measures such as the Rosenberg Self-esteem appear to define one end of a bipolar continuum, with trait indicators of depression (e.g., the NEO–PI–R Depression facet scale) marking the other* » (p. 192). Ces résultats confirment ceux obtenus par Joiner et Rudd (1996) quelques années auparavant. Les auteurs avaient conduit une analyse factorielle exploratoire sur huit dimensions souvent associées, à savoir les sous-échelles d'internalité, de stabilité et de globalité du style attributionnel, les attitudes dysfonctionnelles, l'estime de soi,

la recherche de réassurance, et les symptômes dépressifs d'ordre somatique et cognitif. Leurs résultats, confirmé par analyse factorielle confirmatoire, mettent en évidence quatre facteurs distincts : (1) la généralité des attributions composée des échelles de stabilité et de globalité, (2) la perception de soi composée des attitudes dysfonctionnelles et de l'estime de soi, (3) un focus externe composé de la recherche de réassurance et de l'échelle d'internalité, et (4) les symptômes dépressifs comprenant des symptômes d'ordre somatique et cognitif ainsi que l'estime de soi. Cette structure factorielle suggère que l'estime de soi et la dépression sont susceptibles de constituer deux facettes d'une même dimension. Le style attributionnel semble en revanche correspondre à une dimension distincte.

À la lumière de ces résultats, il nous semble donc difficile de défendre l'adéquation de nos modèles, et cela d'autant plus qu'ils ont été testé d'une part, par l'intermédiaire d'une procédure corrélationnelle, et d'autre part sous le seul angle d'hypothèses de type vulnérabilité. Aussi, cette dernière étude vise à appuyer ou nuancer les résultats que nous avons précédemment mis en évidence.

<u>La présente étude</u>

L'objectif de notre étude est d'explorer les relations entre le style attributionnel, le contrôle perçu des conséquences, l'estime de soi et la dépression, en utilisant des procédures de modélisation par équations structurales. A cette fin, cinq modèles compétitifs ont été spécifiés :

- **M1**. La figure 12 présente le premier modèle selon lequel le style attributionnel et le contrôle perçu sont des variables exogènes inter-corrélées, dont l'effet sur l'humeur dépressive est médiatisé par l'estime de soi. Cet effet médiateur de l'estime de soi entre les attributions causales et les attentes de contrôle d'une part, et la dépression d'autre part, a été supposé par Abramson *et al.* (1978) et montré empiriquement par Pillow *et al.* (1991) ainsi que Lightsey *et al*. (2006). Nous nous attendons à ce que le style attributionnel ait un effet négatif sur l'estime de soi et que le contrôle perçu ait un effet positif, et enfin que bonne estime de soi explique une faible humeur dépressive. Ces hypothèses s'appuient sur le modèle de vulnérabilité de la dépression.
- **M1b**. La figure 13 présente une autre version du modèle de vulnérabilité, dans lequel l'estime de soi a un effet indirect sur l'humeur dépressive, *via* l'impact médiateur du

style attributionnel et du contrôle perçu des conséquences. Nous émettons l'hypothèse selon laquelle l'estime de soi a un effet positif sur le contrôle perçu et un effet négatif sur le style attributionnel. Par ailleurs, l'humeur dépressive devrait s'amplifier avec un style attributionnel pessimiste et un faible contrôle perçu.

- **M2**. Basé sur le modèle *scar* de la dépression, le troisième modèle présenté en figure 14 propose que l'humeur dépressive ait un effet positif sur le style attributionnel et négatif sur le contrôle perçu, qui à leur tour altèrent l'estime de soi. Caractérisée par des biais cognitifs portant sur la perception de soi, du monde et du futur (*i.e.* la triade cognitive ; Beck, 1987), un épisode dépressif est susceptible de conduire, même après la rémission, à des biais tels que les attributions de cause plus internes, stables et globales, ou encore la perception d'incontrôlabilité des situations rencontrées.
- **M3**. Le quatrième modèle présenté en figure 15, suggère que l'humeur dépressive médiatise l'effet du style attributionnel et du contrôle perçu sur l'estime de soi. Ces hypothèses reposent sur un modèle mixte intégrant à la fois des éléments des modèles *vulnerability* (représenté par l'effet du style attributionnel et du contrôle perçu sur l'humeur dépressive) et *scar* (représenté par l'effet de la dépression sur l'estime de soi). Nous nous attendons à ce que le style attributionnel ait un effet positif et le contrôle perçu un effet négatif sur l'humeur dépressive, et qu'à son tour, celle-ci ait un effet négatif sur l'estime de soi.
- **M3b**. Le cinquième modèle représenté en figure 16, est une version non récursive du modèle M3. En particulier, nous y avons ajouté un effet réciproque entre l'humeur dépressive et l'estime de soi.

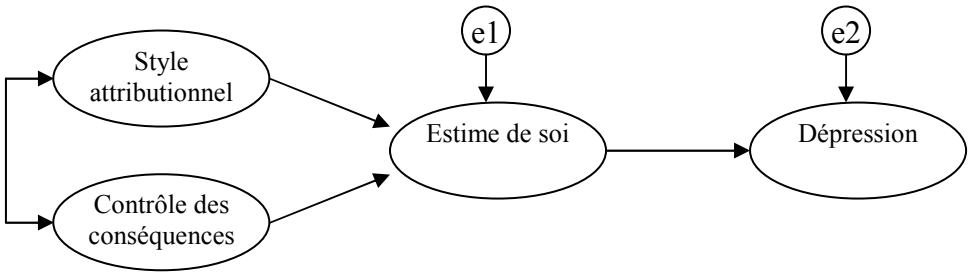


Figure 12. M1 : Modèle de vulnérabilité des relations entre les dimensions de personnalité et la dépression.

Note. Par manque de place, les indicateurs des variables latentes ne sont pas représentés dans cette figure.

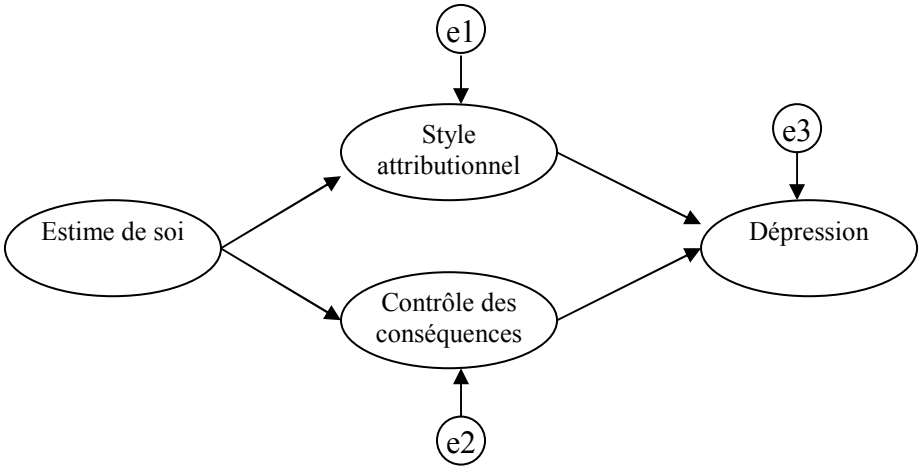


Figure 13. M1b : Modèle de vulnérabilité des relations entre les dimensions de personnalité et la dépression.

Note. Par manque de place, les indicateurs des variables latentes ne sont pas représentés dans cette figure.

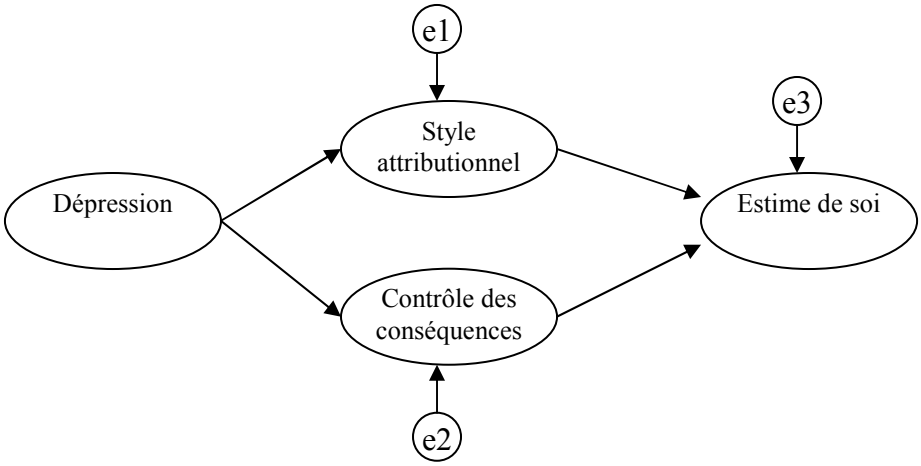


Figure 14. M2 : Modèle *scar* des relations entre les dimensions de personnalité et la dépression.

Note. Par manque de place, les indicateurs des variables latentes ne sont pas représentés dans cette figure.

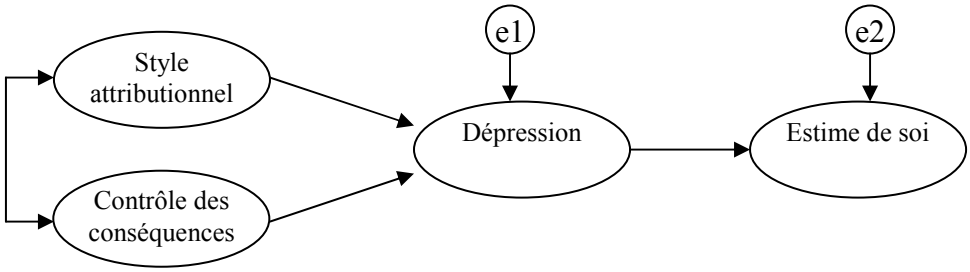


Figure 15. M3 : Modèle mixte des relations entre les dimensions de personnalité et la dépression.

Note. Par manque de place, les indicateurs des variables latentes ne sont pas représentés dans cette figure.

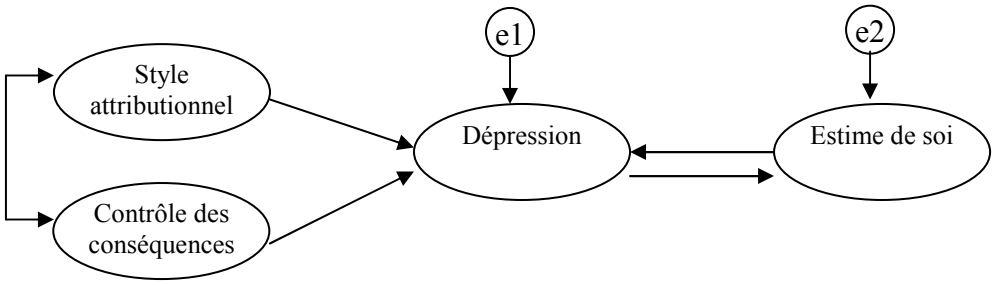


Figure 16. M3b : Modèle mixte réciproque (non récursif) des relations entre les dimensions de personnalité et la dépression.

Note. Par manque de place, les indicateurs des variables latentes ne sont pas représentés dans cette figure.

1.2. Méthode

1.2.1. Participants

La présente étude a été réalisée en compilant les données issues des études 2 (mise en perspective de huit cognitions) et 4 (test d'un modèle intégratif) de ce manuscrit. Notre échantillon est composé de 334 participants (267 femmes et 67 hommes) dont l'âge varie de 17 à 65 ans (moyenne = 24,23 ans ; écart-type = 10,13). 82% des participants sont des étudiants universitaires. La majorité est célibataire (74,6%), marié (ou vivant maritalement) (23,4%) tandis que les autres sont divorcés, séparés ou veufs (1,8%) (cf. questions en annexe 9).

1.2.2. Matériel et procédure

Nous avons conservé certains outils de mesure communs aux deux études :

- Le style attributionnel : la version française (Swendsen et Blatier, 1998) (annexe 1) du questionnaire des styles attributionnels (ASQ ; Seligman et al., 1979 ; Metalsky et al., 1987) a été utilisé pour évaluer trois attributions causales : interne vs externe (α = .47), globale vs spécifique (α = .75), durable vs temporaire (α = .71). Chaque dimension est mesurée par un item évalué sur une échelle de Likert en 7 points, dans 12 situations négatives. Pour chaque attribution, un score est donc obtenu en calculant la moyenne des réponses aux 12 situations. Un score élevé à l'échelle d'internalité signifie que le participant attribue préférentiellement les évènements à des causes internes. Un score élevé à l'échelle de globalité indique des attributions à des causes globales. Un score élevé à l'échelle de stabilité renseigne sur la tendance à émettre des explications durables sur les causes. Enfin, un score total de style attributionnel est obtenu en calculant la moyenne des réponses sur les trois

échelles d'attributions causales : plus le score est élevé, plus le style attributionnel est jugé pessimiste.

- Le contrôle perçu des conséquences : nous avons conservé le contrôle perçu des conséquences (« Quel contrôle pensez-vous avoir sur les conséquences de cet événement ? » ; α = .73), item ajouté au questionnaire des styles attributionnels dans chacune des 12 situations négatives (annexe 2). Evalué sur une échelle de Likert en 7 points, il donne lieu à un score global en calculant la moyenne de ses évaluations. Un score élevé sur cette échelle révèle indique que la personne a tendance à s'attribuer le contrôle des conséquences des situations négatives qu'elle rencontre.
- L'estime de soi : la version française (Vallières et Vallerand, 1990) de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg (RSE ; Rosenberg, 1965) a été utilisée (annexe 4). Elle est composée de 10 items évalués sur une échelle de type Likert en 4 points, allant de 1 « tout à fait en désaccord » à 4 « tout à fait en accord ». Le codage des items 3, 5, 8, 9 et 10 est inversé. Le score varie de 10 à 40. Un score élevé est indicatif d'une forte estime de soi. Son coefficient alpha atteint .87 dans cette étude.
- La dépression : l'humeur dépressive a été mesurée par la dernière version révisée du *Beck Depression Inventory* (BDI-II ; Beck et al., 1996). Un score global est obtenu en additionnant les réponses des sujets aux 21 items du questionnaire évalués sur une échelle allant de 0 à 3. Un score élevé indique la présence de symptômes dépressifs. En fonction du score, l'échelle indique une absence de dépression (0-11), une dépression légère (12-19), une dépression modérée (20-27) et une dépression sévère (> 27). Nous avons utilisé la version française disponible aux Editions du centre de psychologie appliquée (1996) (quelques exemples d'item en annexe 5). L'analyse de consistance interne révèle un coefficient alpha de .88.

1.3. Résultats

1.3.1. Statistiques descriptives

Le tableau 25 présente les moyennes et écarts-type des échelles utilisées dans cette étude. Au regard des différences démographiques relevées dans le vécu des affects dépressifs (Chan Chee *et al*., 2009), des analyses de variance ont été réalisées afin d'examiner d'éventuelles différences entre les hommes et les femmes. Les résultats

révèlent une différence significative dans les réponses aux échelles de stabilité (F = 6,03, p = .015), les hommes (M = 4.26, SD = .64) imputant les situations négatives à des causes plus stables dans le temps que les femmes (M = 4.00, SD = .79), d'estime de soi (F = 4,16, p = .042), les hommes (M = 31.69, SD = 4.84) présentant une meilleure estime de soi que les femmes (M = 30.25, SD = 5.27), et d'humeur dépressive (F = 5,65, p = .018), les femmes (M = 11.75, SD = 8.31) rapportant des scores de dépression plus élevés que les hommes (M = 9.12, SD = 7.16). Enfin, nous noterons que dans notre échantillon, les hommes (M = 28.28, SD = 12.71) sont significativement plus âgés (F = 13,96, p = .000) que les femmes (M = 23.12, SD = 9.10).

Tableau 25. Moyennes et écarts-type des échelles utilisées dans cette étude

Echelles	Femmes (N = 267)	Hommes (N = 67)		
	M (*SD*)	*M* (*SD*)	*F*	*p*
Style attributionnel pessimiste (score total)	12.57 (1.84)	12.93 (1.43)	1.98	.160
Attribution d'internalité	4.47 (.72)	4.43 (.61)	.159	.691
Attribution de stabilité	4.00 (.79)	4.26 (.64)	6.03	.015
Attribution de globalité	4.09 (1.03)	4.21 (.91)	.769	.381
Contrôle des conséquences	3.67 (.89)	3.86 (.37)	2.56	.110
Estime de soi	30.25 (5.27)	31.69 (4.84)	4.16	.042
Humeur depressive	11.75 (8.31)	9.12 (7.16)	5.65	.018
Age	23.12 (9.10)	28.28 (12.71)	13.96	.000

1.3.2. Analyses corrélationnelles

Nous avons effectué des analyses corrélationnelles entre les différentes échelles utilisées dans cette étude ainsi que deux variables démographiques, l'âge et le sexe. Les résultats présentés dans le tableau 26, révèlent une association négative significative entre l'estime de soi et l'humeur dépressive (r = -.624, p = .000). Leur pourcentage de variance partagée atteint donc 39% (r^2 = .389). L'humeur dépressive est également significativement associée au style attributionnel (r = .301, p = .000) ainsi qu'au contrôle perçu des conséquences (r = -.198, p = .000). Leur pourcentage de variance partagée est de 9% et de 3,9% respectivement. Ces résultats ne plaident donc pas en faveur des modèles suggérant un continuum entre l'humeur dépressive et certaines dimensions de personnalité.

Nous notons également que l'estime de soi corrèle significativement et négativement à la tendance à imputer les situations négatives à des causes plus internes (r = -.242, p = .000), stables (r = -.138, p = .012), et globales (r = -.182, p = .001), et positivement à la perception de contrôle des conséquences de ces situations (r = .178, p = .001). L'humeur dépressive est significativement associée à chacune des trois échelles du style attributionnel, suggérant que plus les attributions sont internes (r = .148, p = .007), stables (r = .193, p = .000), et globales (r = .276, p = .000), plus le score de dépression augmente.

Enfin, nous observons que l'âge est positivement associé à l'estime de soi (r = .148, p = .007), mais pas à la dépression (r = -.037, p = .504).

Tableau 26. Corrélations bivariées entre les mesures de cette étude

Echelles	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Attribution d'internalité	1.00							
2. Attribution de stabilité	.080	1.00						
3. Attribution de globalité	.150**	.459**	1.00					
4. Style attributionnel	.518**	.730**	.832**	1.00				
5. Contrôle des conséquences	.076	-.092	-.044	-.035	1.00			
6. Dépression	.148**	.193**	.276**	.301**	-.198**	1.00		
7. Estime de soi	-.242**	-.138*	-.182**	-.261**	.178**	-.624**	1.00	
8. Sexe	.022	-.134*	-.048	-.077	-.089	.129*	-.111*	1.00
9. Age	-.123*	.132*	.056	.041	.059	-.037	.148**	-.201**

Notes. Sexe : homme = 1; femme = 2
* p < .05 ; ** p < .01

1.3.3. Analyses en pistes causales

1.3.3.1. Procédure

La modélisation par équations structurales a été utilisée pour évaluer les relations causales spécifiées dans les cinq modèles. Différents indicateurs nous ont permis d'étudier l'adéquation des modèles théoriques aux données. Notamment, nous avons recouru au Khi-

deux, au *Comparative Fit Index* (CFI), au *Root Mean Square Error Of Approximation* (RMSEA) ainsi qu'au *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR). Rappelons qu'un Khi-Deux non significatif, un CFI supérieur à .90, ainsi qu'un RMSEA et un SRMR inférieurs à .08 sont indicateurs d'un bon ajustement des modèles théoriques.

Afin d'évaluer les modèles spécifiés, nous avons recouru à des analyses en variables latentes en parcellisant les échelles de dépression, d'estime de soi et de contrôle perçu de manière aléatoire. Cette méthode n'a pas été appliquée à l'échelle du style attributionnel puisqu'elle correspond déjà à un score composite incluant les scores obtenus aux sous-échelles d'internalité, de stabilité et de globalité. Suivant les recommandations d'Anderson et Gerbing (1988), nous avons dans un premier temps établi la validité du modèle de mesure avant d'évaluer les modèles structuraux.

1.3.3.2. Le modèle de mesure

Dans un premier temps, nous avons donc évalué le modèle de mesure comportant les quatre facteurs suivants : l'estime de soi (3 indicateurs), la dépression (4 indicateurs), le style attributionnel (3 indicateurs) et le contrôle perçu des conséquences (2 indicateurs). Les résultats, à savoir un Khi-deux à 48 ddl = 156,06, p = .000, un CFI = .938 et un RMSEA = .082 plaident en faveur d'un ajustement adéquat aux données. Toutefois, afin d'améliorer ce modèle, nous avons recouru aux indices de modification suggérant une covariation entre les erreurs de deux parcelles du facteur de dépression. Comme le montre le tableau 27, les résultats à savoir un Khi-deux à 47 ddl = 107,49, p = .000, un CFI = .965 et un RMSEA = .60 indique un bon ajustement du modèle de mesure amélioré.

Nous avons cependant noté une forte corrélation de -.738 entre les facteurs d'estime de soi et de dépression. Nous avons donc réétudié leur validité discriminante en comparant la variance partagée entre ces deux facteurs, à leur variance moyenne interne respective (AVE : *Average Variance Extracted*) (Fornell et Larker, 1981). Si leur corrélation élevée au carré est inférieure à leurs variances moyennes respectives, alors cela signifie que chacun des facteurs a davantage de variance interne que de variance partagée entre eux. Les résultats révèlent que les variances moyennes de l'estime de soi (.717) et de la dépression (.585) sont supérieures à leur variance partagée (.545), indiquant ainsi la validité discriminante des deux facteurs. Enfin, l'intervalle de confiance de leur corrélation (-.802, -.647, p = .002) ne contient pas de valeur = 1, et appuie là encore leur distinction (Torkzadeh, Koufteros et Pflughoeft, 2003).

Tableau 27. Indices d'adéquation du modèle de mesure et des modèles structuraux compétitifs

Modèle	χ^2 (ddl)	*p*	CFI	SRMR	RMSEA (90% CI)
Mesure	107.49 (47)	.000	.965	.053	.060 (.047, .078)
M1-Vulnérabilité	125.70 (49)	.000	.956	.065	.069 (.054,.083)
M1b-Vulnérabilité	170.20 (49)	.000	.930	.062	.086 (.072, .100)
M2-*Scar*	170.96 (49)	.000	.930	.062	.086 (.073, .101)
M3-Mixte	**108.47 (49)**	**.000**	**.966**	**.052**	**.060 (.045, .076)**
M3b-Mixte réciproque	108.70 (48)	.000	.966	.053	.061 (.046, .077)

Notes. ddl = degrés de liberté ; CFI = *comparative fit index* ; SRMR = *Standardized root mean squared residual ;* RMSEA = *root mean square error of approximation* ; CI = intervalle de confiance

1.3.3.3. Les modèles structuraux

1.3.3.3.1. Test des effets directs

Le tableau 27 présente les indices d'ajustement des cinq modèles mis en compétition. Un premier regard sur les données révèle des indices globalement satisfaisants. Un second regard indique cependant que les modèles de vulnérabilité M1b et scar présentent un RMSEA supérieur à .08 [.086 (.072, .100) et .086 (.073, .101) respectivement], témoignant d'une adéquation moindre. Parmi les trois modèles restant, le modèle mixte M3 semble présenter le meilleur ajustement aux données. Son RMSEA (.060) et son SRMR (.052) sont plus faibles que ceux des modèles M1 (RMSEA = .069 ; SRMR = .065) et M3b (RMSEA = .061 ; SRMR = .053).

Les résultats présentés dans le tableau 28, indiquent que le style attributionnel pessimiste a un effet positif significatif sur le score de dépression (β = .36, p = .000), tandis que le contrôle perçu des conséquences a un effet négatif significatif sur ce même score (β = -.22, p = .005). L'humeur dépressive a un effet négatif significatif sur l'estime de soi (β = -.74, p = .000). Bien que le modèle M3b mixte-réciproque présente des indices d'ajustement comparables au modèle M3 mixte, l'estime de soi n'a pas d'effet significatif sur l'humeur dépressive (β = -.10, p = .639). Un style attributionnel caractérisé par des attributions internes, stables et globales, ainsi que la perception d'incontrôlabilité des conséquences favorisent l'émergence des affects dépressifs, affects qui altèrent à leur tour l'estime de soi. Ce modèle permet d'expliquer 19% de la variance de l'humeur dépressive (R^2 = 19,95%, CI = .073, .316, p = .004) et 54% de la variance de l'estime de soi (R^2 = 54,95%, CI = .413, .640, p = .002).

Tableau 28. Effets directs du modèle M3

Direction de l'effet	Estimations	Significativité
Style attributionnel → dépression	.36	.000
Contrôle conséquences → dépression	-.22	.005
Dépression → estime de soi	-.74	.000

1.3.3.3.2. Test des effets indirects

Une procédure de rééchantillonnage (*bootstrap*) a été utilisée pour tester la significativité des effets médiateurs du modèle M3 mixte. Rappelons que la significativité d'un effet est établie lorsque la valeur 0 est absente de l'intervalle de confiance (Preacher et Hayes, 2008). Les résultats présentés dans le tableau 29, indiquent que le style attributionnel a un effet indirect négatif significatif sur l'estime de soi (b = -.520 [95% CI = -.839, -.189), p = .003], tandis que l'effet indirect du contrôle perçu des conséquences est positif et significatif (b = .06 [95% CI = .016, .103), p = .006]. Ces résultats appuient par conséquent l'effet médiateur de l'humeur dépressive.

Tableau 29. Effets indirects du modèle M3

Variable	Style attributionnel	Contrôle conséquences
Estime de soi	-.52**	.06**

Notes. * p < .05 ; ** p < .01

La figure 17 présente le modèle retenu, combinant à la fois des effets de type *vulnerability* et *scar*.

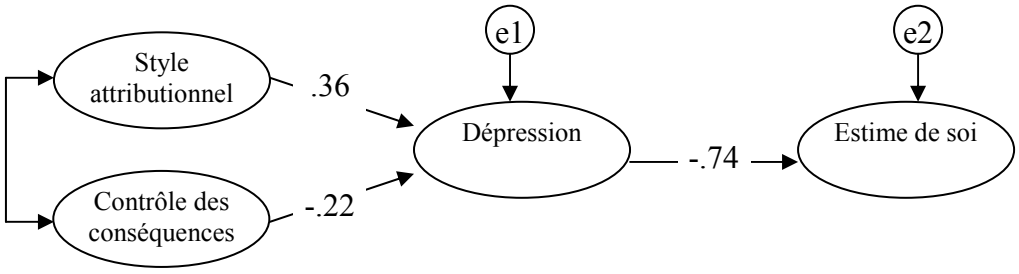


Figure 17. M3 : Modèle mixte des relations entre les dimensions de personnalité et la dépression.

Notes. Tous les effets sont significatifs et inférieurs à .01. Par manque de place, les indicateurs des variables latentes ne sont pas représentés dans cette figure.

1.4. Discussion

L'objectif de cette recherche était d'étudier les relations causales entre certaines dimensions de personnalité (*i.e*. le style attributionnel, le contrôle perçu des conséquences et l'estime de soi) et l'humeur dépressive. Cette étude reflète la controverse sur la nature de ces relations : la personnalité prédispose-t-elle à la dépression (*vulnerability model*) ou la dépression altère-t-elle la façon de penser (*scar model*) ? Pour tenter d'offrir une réponse à cette interrogation, nous avons recouru à une procédure de modélisation par équations structurales en variables latentes. Rappelons que cette procédure étant basée sur des corrélations, il convient cependant de rester prudent quant à l'emploi du terme de causalité, et de répliquer les résultats obtenus par l'intermédiaire d'études longitudinales. Voyons à présent ces résultats.

Un premier point concerne l'amplitude les corrélations obtenues entre les variables. Les résultats montrent une corrélation faible entre le style attributionnel et l'humeur dépressive (partageant 9% de variance commune) ainsi qu'une corrélation modérée entre l'estime de soi et l'humeur dépressive (partageant 39% de variance commune), invalidant ici les modèles suggérant un continuum entre ces dimensions. De plus, les résultats montrent que l'estime de soi et la dépression possèdent davantage de variance interne respective que de variance partagée, appuyant là encore leur validité discriminante. Enfin, l'âge s'avère significativement et positivement associé à l'estime de soi et non à la dépression. Ces résultats suggèrent que le style attributionnel, l'estime de soi et l'humeur dépressive sont des dimensions indépendantes d'un point de vue conceptuel, et justifient par là même les modélisations proposées.

Le second point concerne donc la mise à l'épreuve de cinq modèles compétitifs. Les résultats de la modélisation par équations structurales révèlent que les modèles *vulnerability* et *scar* ne représentent pas la meilleure approximation de la réalité. En revanche, le modèle mixte, c'est-à-dire intégrant des hypothèses issues de ces deux modèles, présentent les meilleurs indices d'ajustement. D'après ce modèle, un style attributionnel pessimiste a un effet direct et positif sur le score de dépression. Plus la personne impute les situations aversives qu'elle rencontre à des causes internes, stables et globales, plus elle est vulnérable au développement d'affects dépressifs, confirmant ainsi leur effet dépressogène régulièrement défendu dans la littérature scientifique (Alloy *et al*., 2006 ; Mongrain et Blackburn, 2005 ; Sanjuan et Magallares, 2009). Le contrôle perçu des conséquences a un effet direct et négatif sur le score de dépression. Plus la personne pense pouvoir contrôler l'issue des situations aversives, moins elle développe d'affects dépressifs, appuyant ainsi le

rôle protecteur de cette perception de contrôle (Amirkhan, 1998 ; Frazier *et al.,* 2005 ; Jensen *et al.,* 2007). Ces résultats confirment donc les hypothèses des modèles de vulnérabilité. Cependant, ces hypothèses sont nuancées par l'effet de l'humeur dépressive sur l'estime de soi. Il apparait en effet que l'élévation de l'humeur dépressive diminue l'estime de soi, mais l'inverse n'est pas vrai. Les hypothèses des modèles scar trouvent donc ici un certain support concernant l'estime de soi (Shahar et Davidson, 2003).

Au regard de ces résultats, il semble davantage approprié de relativiser le rôle des dimensions de personnalité dans l'humeur dépressive. Si certaines d'entre elles semblent jouer un rôle explicatif, d'autres pourraient être modifiées par l'expérience dépressive. Orth *et al.* (2008) suggèrent en effet que l'humeur dépressive peut altérer la perception de soi de manière intra-et-inter-personnel. Au niveau intrapersonnel, l'estime de soi peut être érodée par l'intermédiaire du traitement de l'information. L'état dépressif est en effet caractérisé par des distorsions cognitives, susceptibles de persister après la rémission (Fritzsche *et al*., 2010 ; Gupta et Kar, 2008 ; Miller et Norman, 1986 ; Vanderhasselt et De Raedt, 2009), et amenant par exemple l'individu à percevoir et retenir essentiellement des informations négatives. Par conséquent, l'humeur dépressive pourrait affaiblir l'estime de soi en favorisant un traitement orienté vers des informations relatives à soi, négatives. Au niveau interpersonnel, Orth *et al.* (2008) rapportent que l'humeur dépressive peut affecter la perception de soi par le retrait social et l'isolement qu'elle peut engendrer. Selon la théorie « sociomètre » de l'estime de soi (*sociometer theory* ; Leary, 2005), l'estime de soi se nourrie du sentiment d'appartenance et d'inclusion sociales. Or comme le notent Steger et Kashdan (2009), les personnes en dépression présentent des distorsions cognitives biaisant leur perception des interactions sociales et les amenant à minimiser les indicateurs d'inclusion. Enfin, l'humeur dépressive est également susceptible de modifier le regard et l'attitude de l'entourage de la personne. Par exemple, certaines études ont montré que la personne en dépression induisait des affects négatifs chez les autres, amenant alors parfois ces derniers à adopter des attitudes de rejet (Joiner et Katz, 1999). Comme le soulignent Orth *et al*. (2008), ces processus intra-et-interpersonnel sont susceptibles de se combiner et de se renforcer mutuellement, créant ainsi un cercle vicieux.

Ces données nous amènent donc à relativiser les résultats mis en avant dans nos précédentes études. Si la personnalité est susceptible d'engendrer des affects dépressifs de par les stratégies d'ajustement qu'elle stimule, ces affects peuvent à leur tour modifier la façon de penser de manière durable. Comme le soulignait Clark (2005), ces mécanismes ne sont pas exclusifs.

CONCLUSION GENERALE

Un des moteurs initiaux de mon engagement dans ce travail de thèse correspondait à l'intérêt prononcé que je porte au champ de la psychologie positive. Au cours d'enseignements, j'avais découvert le concept d'optimisme, en particulier le style attributionnel optimiste, et souhaitais participer à ce courant de recherche. Ma première année de thèse a donc été consacrée à des lectures sur ce concept et son origine. Issu de la théorie de l'impuissance acquise (Abramson *et al.,* 1978), le style attributionnel optimiste est supposé protéger la personne du risque de rupture dépressive. Aussi, je me suis plongée dans la littérature portant sur la dépression. A l'issu de cette première année, je me suis cependant trouvée en difficulté face à plusieurs constats. La littérature sur la dépression déborde d'études diverses et variées, rendant compte de multiples théories et de multiples concepts vraisemblablement à l'œuvre dans l'émergence de ce trouble. Ma première interrogation de chercheur en herbe concerna alors la façon dont j'allais pouvoir balayer ces recherches et absorber toutes ces connaissances. J'entamai rapidement un premier deuil ! Ma seconde interrogation porta sur l'état des connaissances du phénomène de la dépression, et sur ses facteurs étiologiques. Je fus alors frappée par le paradoxe existant entre le nombre de recherches disponibles sur le sujet et l'absence évidente de réponse. Beaucoup de zones d'ombre demeurent en effet sur la définition même de la dépression et de ses différentes formes, sur leur étiologie commune ou respective, ainsi que sur leurs conséquences. En outre, les théories psychologiques supposées explicatives ne sont pas exempts d'inconsistances empiriques. Je fus également interpellée par l'absence de ponts effectués entre les différentes théories. Si toutes ces dimensions opèrent effectivement, peut-on les rapprocher théoriquement ? Fonctionnent-elles ensemble ou interviennent-elles à différents moments ? De toute évidence, nous ne disposons pas à ce jour de vision unifiée et intégrée de ces connaissances.

Face à ces constats et ces interrogations, mes recherches prirent une direction différente. Je ressentais le besoin de rassembler des connaissances et de me confronter à certaines inconsistances, d'essayer de dénouer les nœuds que je percevais. Quel est mon constat près de quatre ans après ? Quelle naïveté… ! Bien entendu, cette petite anecdote me fait sourire. Mais n'a-t-on pas besoin d'utopies pour motiver des recherches ?

Après ce petit feedback nostalgique, voyons à présent les résultats de cette 'épopée'. Au total, six études ont été réalisées. Bien entendu, leur mise en œuvre n'est pas parfaite et il convient d'abord d'en rappeler les limites. Ces limites concernent en premier lieu notre méthodologie. Les données ont été recueillies à l'aide de questionnaires auto-rapportés, et de fait, sont susceptibles d'être biaisées. Ce type de procédure a été largement critiqué, du fait notamment de la possibilité pour le sujet de modifier volontairement ses réponses. La relative transparence de certains items peut en effet amener les participants à identifier leur objectif et à choisir par exemple de se présenter sous un angle plus favorable. Ce phénomène de désirabilité sociale pourrait être contrecarré par des mesures implicites dans lesquelles l'objet évalué serait moins perceptible, cependant nous ne disposons pas de tels outils pour l'ensemble des dimensions introduites dans nos études.

Une autre limite concerne cette fois nos échantillons. Comme nous l'avons régulièrement souligné, la faiblesse de leur taille rend toute généralisation impossible sans d'autres réplications empiriques. En outre, leur composition pour la plupart majoritairement féminine, élude probablement des mécanismes opérant dans la population masculine. Les femmes étant davantage touchées par la dépression que les hommes, il est possible d'imaginer que des mécanismes leur soient plus spécifiques. Notons également que nos participants ont été recrutés dans une population estudiantine non clinique. Vredenburg *et al.* (1993) ne rapportent cependant aucune différences entre des groupes clinique et estudiantin, et soulignent les avantages du recours à ces derniers, tel que l'accès qu'il permet à des échantillons plus importants. Les modèles ici mis à l'épreuve se composent d'un nombre important de variables. La constitution de nos échantillons nécessitait donc un nombre suffisant de participants, condition que permettait difficilement de satisfaire le recours à une population clinique dans le temps impartit de ce travail de thèse. Il serait toutefois intéressant de tester ces hypothèses dans une population clinique afin de voir si des patterns relationnels identiques sont observés, et si ces deux populations diffèrent ou non quant à ces dimensions.

Un dernier aspect méthodologique que nous souhaiterions aborder concerne le choix de nos analyses statistiques et derrière elles, le devis corrélationnel de nos études. Bien que nous ayons recouru à des modélisations par équations structurales assorties de procédure de rééchantillonnage (*bootstrap*), les résultats restent basés sur des corrélations, qui plus est recueillies dans le cadre d'études transversales. Bien que nos hypothèses reposent principalement sur des effets explicatifs et supposent ainsi une causalité, nous ne pouvons pas affirmer la direction de ces relations, comme en témoigne d'ailleurs notre

dernière étude. Cette procédure ne peut donc remplacer les avantages d'un recueil longitudinal.

D'un point de vue théorique cette fois-ci, il convient de souligner des limites ayant trait aux dimensions incluses ou non dans nos études. Notamment, les théories d'Abramson *et al.* (1978, 1989) et de Beck (1987) suggèrent que le style attributionnel et les cognitions dépressogènes soient des facteurs de vulnérabilité dont l'interaction avec des événements de vie négatifs est susceptible d'entrainer des affects dépressifs (*i.e.*, modèles diathèse-stress). Nos études n'ont cependant pas inclus le vécu d'événements négatifs et ne testent pas cette interaction. Les situations aversives proposées dans le questionnaire des styles attributionnels restent hypothétiques et ne présentent certainement pas la charge émotionnelle qu'ils seraient susceptibles de provoquer réellement. Les défendeurs de ce questionnaire (Abramson et Metalsky, 1986 ; Haeffel, Gibb *et al*., 2008 ; Metalsky *et al.,* 1987 ; Seligman *et al.,* 1979) suggèrent que le simple fait de demander au participant « d'imaginer que la situation lui arrive », représente une amorce suffisante pour activer ce facteur situationnel. Cependant, certaines études ont montré que le style attributionnel expliquait mieux les symptômes dépressifs lorsqu'il faisait suite à des événements de vie réels (Abela et Brozina, 2004 ; Abela *et al*., 2004). Rappelons à présent nos principaux résultats.

L'objectif principal de notre travail était d'étudier le rôle de certains facteurs de vulnérabilité dans l'humeur dépressive à savoir, des cognitions spécifiques d'une part, et des écarts entre les sois d'autre part. Nos deux premières études ont été consacrées aux cognitions spécifiques. La première étude avait pour objectif d'interroger les relations qu'entretiennent les attributions causales (internalité, stabilité et globalité) au contrôle perçu d'une part, et à l'humeur dépressive d'autre part, sous l'angle des mécanismes que sont l'auto-efficacité et l'estime de soi. Autrement dit, il s'agissait de tester l'idée selon laquelle le processus attributionnel a pour objectif de restaurer et/ou de préserver un certain degré de contrôle sur l'environnement, produisant ainsi un effet bénéfique sur la perception de soi et la santé mentale. Nos résultats confirment cette tendance en montrant que les attributions internes et globales augmentent effectivement la perception de contrôle et favorisent ainsi le sentiment d'auto-efficacité et l'estime de soi. La dimension de stabilité conserve quant à elle un effet délétère sur l'ensemble de ces variables. Ces résultats remettent en cause la perception négative des attributions internes et globales émises face à des situations aversives, et ouvrent le champ des effets possibles de ces dimensions.

La seconde étude avait pour objectifs principaux de dérouler les mécanismes d'une séquence attributionnelle délétère à notre sens mal étayée, et de la juxtaposer à la séquence bénéfique précédemment mise en évidence. A cette fin nous avons proposé de distinguer plusieurs cognitions pour lesquelles une opérationnalisation distincte a parfois été proposée et mise à l'épreuve. Conformément à nos attentes, il semble pertinent de dissocier l'attribution causale interne du sentiment de responsabilité perçu et de l'auto-blâme. Cette séquence conserve l'effet indirect de l'internalité sur la dépression et confère un rôle premier à l'auto-blâme. En outre, cette séquence a été étendue aux attributions causales de globalité et de contrôlabilité dont l'effet sur l'auto-blâme est également médiatisé par le sentiment de responsabilité de la situation. D'autre part, la séquence positive associant les attributions causales au contrôle perçu a été reproduite et enrichie par la médiatisation du sentiment de responsabilité de la solution. Elle a également été étendue à l'attribution causale de contrôlabilité. Cette seconde étude vient confirmer selon nous, l'importance de dissocier précisément les concepts que nous souhaitons mesurer en leur conférant une opérationnalisation propre. Il est possible que cette lacune soit responsable des inconsistances rapportées et débattues dans la littérature scientifique. Notamment, l'absence de prise en compte des cognitions intermédiaires que sont les sentiments de responsabilité de la cause et de la solution, l'auto-blâme et le contrôle perçu, est susceptible d'expliquer la variabilité des relations associant les attributions causales à l'humeur dépressive. Par conséquent, il nous semble légitime d'interroger la validité du 'style attributionnel', dont le score correspond à la combinaison des attributions internes, stables et globales. Si nos résultats suggèrent que ces trois composantes sont susceptibles de générer de l'auto-blâme, ils montrent également que les attributions internes, instables et globales peuvent favoriser la perception de contrôle. Ce constat rejoint l'appel lancé par certains chercheurs suggérant d'utiliser les attributions de manière séparée (Cutrona *et al.,* 1984). Par ailleurs, nos résultats plaident en faveur d'une absence de 'paradoxe de la dépression'. Là encore, la différenciation des cognitions suggère d'une part, que le contrôle perçu de la cause est positivement associé à l'auto-blâme, et d'autre part, que le contrôle perçu des conséquences ne présente pas de relation significative avec l'auto-blâme. L'idée selon laquelle le blâme résulte de la perception que la cause était contrôlable rejoint la proposition d'Abramson *et al*. (1978) et redonne une cohérence aux différentes cognitions impliquées dans l'humeur dépressive.

Nos résultats montrent donc que l'auto-blâme et le contrôle perçu des conséquences sont des variables plus proximales de l'humeur dépressive. Leur indépendance statistique

suggère qu'elles correspondent à deux mécanismes distincts, l'un délétère et l'autre bénéfique. Nos analyses ne permettent cependant pas de dire si ces mécanismes opèrent chez les mêmes individus, ni comment ils 'co-opèrent'. La quatrième étude de notre travail suggère qu'ils aient un effet concurrentiel sur l'estime de soi. Un mécanisme permet-il de contrebalancer l'autre ? La question reste ouverte. Les théories cognitives de la dépression proposent généralement que les cognitions aient un effet sur les affects (Abramson *et al.,* 1978 ; Beck, 1964). Beck (1964) par exemple, défend la primauté des cognitions dans la séquence explicative de la dépression. Selon lui, les troubles affectifs et motivationnels sont secondaires et découlent des biais cognitifs. De la même manière, la dépression, catégorisée dans les troubles de l'humeur au sein du DSM-IV-TR (APA, 2003), a été décrite comme résultant du déséquilibre entre les affects positifs et négatifs (Clark et Watson, 1991 ; Pelissolo, 2011 ; Schwartz et Garamoni, 1986 ; Wallace et Shapiro, 2006). En l'occurrence, la dépression se caractériserait par un niveau élevé d'affects négatifs et un niveau faible d'affects positifs. En outre, il a été montré que ces affects positifs et négatifs constituaient des facteurs indépendants non corrélés, et associés à des dimensions cognitives différentes (Argyle, 2001 ; Cheng et Furnham, 2003). Il est possible que les cognitions spécifiques, et notamment l'auto-blâme et le contrôle perçu, participent à la (dé)régulation émotionnelle. Des études ont déjà montré que le style attributionnel face à des situations négatives expliquait les affects positifs et négatifs (Sanjuan et Magallares, 2008 ; Sanjuan *et al.,* 2008), et que les affects étaient un meilleur prédicteur de la santé émotionnelle et physique que les attributions (Dua, 1994). Il est également envisageable que l'auto-blâme et le contrôle des conséquences présentent des associations différentes à l'affectivité. Mausbach *et al*. (2009) par exemple, ont montré que l'auto-blâme était associé à l'affectivité négative et non à l'affectivité positive. En parallèle, la perception de contrôle de la solution s'est révélée davantage associée aux affects positifs (Karuza *et al.,* 1990). Aussi, il nous semble intéressant de poursuivre ces recherches en intégrant la séquence attributionnelle issue de nos études.

Notre second chapitre empirique était consacré aux <u>écarts entre les sois</u>. Ces dimensions nous ont particulièrement interpellées du fait notamment de l'intérêt qu'elles suscitent dans la pratique clinique. Aider la personne à réduire l'écart qu'elle perçoit au soi idéal et à s'accepter de manière inconditionnelle est en effet l'objectif thérapeutique annoncé de plusieurs psychothérapies. Les écarts entre les sois n'ont cependant pas suscité autant de recherches empiriques que le style attributionnel par exemple. Par ailleurs, à

notre connaissance aucun outil de mesure n'a été mis à la disponibilité des chercheurs et praticiens français. Aussi, notre troisième étude avait pour objectif d'étudier les qualités psychométriques de notre adaptation française d'une échelle récemment développée (ISDI ; Hardin et Lakin, 2009), intégrant à la fois les écarts aux sois idéal, moral et non désiré. Nos résultats mettent en avant une structure interne du questionnaire satisfaisante, notamment à travers sa consistance interne et sa structure factorielle. La validité de construit des dimensions est également confortée. Cependant, les relations spécifiques aux émotions suggérées par Higgins (1987) ne sont pas confirmées. Dans cette étude en effet, si l'écart au soi idéal est effectivement associé à la dépression, il l'est également à l'anxiété. En revanche, l'écart au soi moral n'a plus d'effet direct significatif lorsque les autres variables sont contrôlées. Enfin, l'écart au soi non désiré présente un effet direct sur la dépression mais pas sur l'anxiété.

Notre quatrième étude devait nous permettre entre autre chose de vérifier ces premiers résultats, en testant également la médiatisation de ces relations par l'estime de soi. Mais contre toutes attentes, les tendances précédemment mises en avant se sont renversées. Tandis que les écarts aux sois idéal et non désiré ont vu leur association à l'humeur dépressive disparaitre, l'écart au soi moral a bénéficié d'un gros coup de projecteur en devenant la seule dimension à expliquer les affects dépressifs. Le fossé saisissant entre les résultats de ces deux études nous a amené à conduire une cinquième étude sur la base de leurs données respectives.

Nous nous sommes demandés, *a posteriori*, dans quelle mesure le sexe des participants et le contexte social *vs* individuel dans lequel ces écarts entre les sois étaient évalués, pouvaient influencer les réponses des sujets et potentiellement, leurs associations à l'estime de soi et à l'humeur dépressive. D'une part, nos résultats ont montré que les écarts au soi non désiré du point de vue d'autrui étaient plus importants chez les femmes que chez les hommes. Une interprétation possible fait appel à la tendance apparemment plus prégnante chez les femmes, à être sensible à l'évaluation des autres et au besoin de correspondre à leurs attentes (Moretti *et al.,* 1998 ; Prentice et Carranza, 2002). Ces tendances n'ont cependant pas été observées entre les points de vue soi/autrui des autres types de soi. D'autre part, nos résultats suggèrent un effet du contexte de passation sur l'évaluation des écarts. En contexte social, les participants ont rapporté significativement moins d'écarts à leur soi moral/autrui et à leur soi idéal/soi et autrui. Deux hypothèses nous semblent plausibles. D'une part, il est possible que l'évaluation des écarts entre les sois soit sensible au phénomène de désirabilité sociale, et d'autre part, il est envisageable que le

contexte ait activé un aspect spécifique du soi. La configuration de l'ISDI ne facilite pas le repérage de la désirabilité sociale. En effet, dans la mesure où il s'agit d'une mesure idiographique dans laquelle le participant rapporte ses propres adjectifs et évalue leur congruence au soi actuel par lui-même, il n'est pas possible d'identifier des items potentiellement biaisés, par exemple en recourant à des analyses factorielles entre les réponses aux items et une échelle de désirabilité sociale (Bouchard et Cyr, 2005). Pour les mêmes raisons, il n'est par ailleurs pas possible d'intervenir sur le format des réponses en contraignant le sujet à choisir entre plusieurs possibilités. En revanche, des études ultérieures pourraient inclure une échelle de désirabilité, telle que celle de Crowne et Marlowe (1960) ou plus récemment de Tournois *et al.* (2000), et contrôler sa contribution dans les relations associant les écarts entre les sois et l'humeur. Notre seconde hypothèse suggère que le contexte collectif de passation ait activé une forme d'identité sociale, et expliquerait pourquoi l'estime de soi et l'humeur dépressive sont cette fois associées au soi moral. Plusieurs théories ont défendu l'idée d'un soi multiple. La SCT (*Self-Categorization Theory* ; Turner *et al.,* 1987) par exemple, distingue deux niveaux principaux du soi : l'identité personnelle et l'identité sociale. Cette distinction se rapproche de celle proposée par Higgins (1987). De son côté, la théorie de l'identité (*Identity Theory* ; Stryker, 1980) suggère que la personne possède autant d'identités, c'est-à-dire d' « *internalized role expectations* » (dans Stryker et Burke, 2000, p. 286), que de réseaux sociaux distincts. Ces identités s'organiseraient hiérarchiquement en fonction de leur saillance pour l'individu. En outre, elles offriraient une explication des conduites et des émotions des individus. Stryker et Burke (2000) expliquent que les individus seraient motivés à 'vérifier' l'adéquation de leur conduite par rapport à leurs standards, en situation. Si ce processus de vérification révèle une inadéquation, il conduit alors à l'émergence d'émotions négatives comme la colère, l'anxiété ou les affects dépressifs. Cependant, la théorie de Higgins est à notre connaissance la seule à associer différents standards à des émotions spécifiques. Or c'est davantage ces associations spécifiques que l'activation contextuelle d'une forme d'identité et sa résultante émotionnelle qui sont remises en question. Récemment, Stets et Carter (2011) ont repris l'idée de 'vérification' de la théorie de l'identité pour expliquer la variabilité de la moralité chez les individus : « *When individuals are unable to control self-perceptions to keep them at the level of their internal identity standard despite whether the meanings are moral or immoral, they will experience negative emotions* » (p. 193). Le simple fait de percevoir une inconsistance à des standards suffit-il à engendrer des affects négatifs en général, ou le type de standard comparé favorise-t-il des affects spécifiques ?

Par ailleurs, si les standards idéaux et moraux sont susceptibles d'être alternativement activés en fonction du contexte, qu'en est-il du rôle du soi non désiré ? Ogilvie (1987) proposait que le soi non désiré participe et oriente la construction des standards idéaux. La question de la structuration et du rôle de ces différents standards n'a pas trouvé de réponses consistantes au sein de nos études et reste donc ouverte.

Comme nous l'avions souligné toutefois, la récence de l'*Integrated Self-Discrepancy Index* (Hardin et Lakin, 2009) ainsi que les inconsistances rapportées par les études ayant recouru à d'autres questionnaires, ne nous permettent pas à ce jour de choisir entre le manque de validité de l'outil de mesure et l'inadéquation du modèle théorique sous-jacent. Il nous semble par conséquent nécessaire de poursuivre les recherches en testant notamment ces hypothèses alternatives.

La quatrième étude que nous avons déjà commencé à évoquer, avait pour objectif de mettre en perspective les cognitions spécifiques et les écarts entre les sois au sein modèle intégratif explicatif de l'humeur dépressive. En outre, nous avons souhaité étudier cette association sous le scope de leur potentiel effet sur l'estime de soi. La perception de soi a été à plusieurs reprises proposée comme étant une dimension explicative première de l'humeur dépressive. Or la littérature suggère que l'estime de soi globale est alimentée par des dimensions telles que les attributions causales, l'auto-blâme, la perception de contrôle, mais également par les écarts entre les sois. Notre étude confirme les effets directs de l'auto-blâme et du contrôle perçu des conséquences, ainsi que les effets indirectes des attributions causales (hormis l'attribution de stabilité), sur l'estime de soi. Parmi les écarts entre les sois cependant, seul l'écart au soi moral présente un effet direct significatif sur l'estime de soi, renvoyant au débat précédemment évoqué. Enfin, cette médiatisation par l'estime de soi conserve les effets indirects de l'ensemble des autres variables inclues dans le modèle, sur l'humeur dépressive. Nous noterons cependant que les attributions causales de globalité et de contrôlabilité conservent un effet direct sur l'humeur dépressive, rejoignant ainsi les résultats de précédentes études et appuyant leur impact vraisemblablement fort (Carver et Ganellen, 1983 ; Mineka *et al.,* 1995).

Dans la mesure où la littérature n'a à notre connaissance jamais investi l'effet conjoint des cognitions spécifiques et des écarts entre les sois, nous avons souhaité les réunir au sein d'un même modèle. Cette démarche, davantage exploratoire, devait nous permettre de faire émerger des pistes quant à leur possible co-fonctionnement. Pour cela, nous avons étudié leurs intercorrélations et avons interrogé le logiciel statistique *via* les

indices de modifications. L'étude des corrélations suggère que plus l'écart au soi idéal est grand, plus les attributions causales sont internes et contrôlables ; Plus la ressemblance au soi non désiré est forte, plus les attributions causales sont stables ; Enfin, plus l'écart au soi moral est grand, plus la personne émet des attributions causales stables et s'attribue la responsabilité de la situation. Les indices de modifications ont par ailleurs suggéré d'ajouter un effet direct allant du soi moral au contrôle perçu des conséquences. Bien que cette première mise en relation fût, rappelons-le, exploratoire, nous avons été déçus de trouver si peu de corrélations entre ces dimensions. Par exemple, il nous semblait envisageable que les écarts entre les sois soient associés à l'auto-blâme, soit en le nourrissant, soit en en dépendant. Par exemple, Dunkley et Grilo (2007) proposaient récemment que « *self-critics' chronic and harsh self-evaluation perpetuates a gap between the ideal and actual self* » (p. 140). Or l'auto-blâme ne semble ici associé à aucun standard. Notons toutefois que les biais induits par les effets non anticipés du contexte collectif des passations de cette étude, sont également susceptibles d'avoir biaisé leurs relations. Dans la mesure où le contexte pourrait engendrer des activations différentielles, il nous paraitrait intéresser de réitérer cette confrontation dans un contexte individuel de passation. Si ce dernier favorise effectivement l'activation de standards idéaux, d'autres relations pourraient ainsi émerger.

Ce modèle intégratif permet tout de même d'expliquer près de 30% de la variance de l'humeur dépressive, et souligne ainsi le poids des dimensions cognitives aux côtés des facteurs biologiques et environnementaux dans l'explication de l'humeur. Rappelons toutefois que si leur association est avérée, le sens de leur relation causale reste au cœur d'un débat. Bien que notre travail n'ait pas pour objectif de traiter directement de cette question, nous ne pouvons cependant l'ignorer. Aussi, nous avons souhaité réaliser une dernière étude en utilisant les données recueillies lors de nos précédentes recherches. En particulier, nous avons mis en compétition cinq modèles structuraux spécifiant différentes relations causales entre certaines dimensions de personnalité et l'humeur dépressive. Les modèles formulés intègrent soit des hypothèses de type *vulnerability*, soit de type *scar*, soit combinent les deux formes d'hypothèses (Klein *et al*., 2011). Au regard des résultats mitigés obtenus avec les écarts entre les sois, nous n'avons pas choisi de les retenir. En revanche, nous avons intégré l'estime de soi, le style attributionnel, ainsi que le contrôle perçu des conséquences. Dans un premier temps, nos résultats ont invalidé l'hypothèse d'un continuum entre ces dimensions. L'étude des corrélations ainsi que de la validité

discriminante des dimensions appuie leur distinction. Dans un second temps, nos résultats ont indiqué qu'un modèle mixte satisfaisait le mieux les données. D'après ce modèle, le style attributionnel et le contrôle des conséquences ont un effet direct sur l'humeur dépressive, qui explique à son tour l'estime de soi. Ces résultats plaident donc en faveur d'effet de la personnalité sur l'humeur, mais également d'effet de l'humeur sur la personnalité. Cette étude nous amène donc légitimement à nuancer nos précédents résultats. Même si le recours à des analyses en pistes causales nous a amené à spécifier des hypothèses concernant le sens des relations entre les dimensions testées, elles restent basées sur des corrélations et ne remplacent pas les études longitudinales. Ces dernières réunissent en effet des avantages indispensables à l'étude des relations causales. En outre, l'explication des phénomènes psychologiques est certainement plus complexe que les modèles que nous avons testé, et intègre très probablement d'incessants 'va-et-vient' entre les cognitions, les comportements, et la santé mentale. Le terme d' « ajustement » est en ce sens assez explicite.

Au cours du siècle dernier, la compréhension de l'humeur dépressive a stimulé un nombre important de recherches dans le champ de la psychologie. Néanmoins, si la recherche a permis de faire émerger des dimensions à l'œuvre dans ce phénomène, elle a également soulevé un grand nombre de questions, dont beaucoup restent encore sans réponse. Pourtant, les implications cliniques de ces réponses sont énormes, puisque ce sont elles qui guident les stratégies thérapeutiques. Quelles sont les dimensions les plus proximales de l'humeur négative et celles sur lesquelles on peut intervenir ? Quel est le réseau de leurs relations ? Tel un marionnettiste, le thérapeute a besoin de connaitre le rôle de chaque ficelle susceptible d'être actionnée. Notre travail tente, modestement, de rassembler certaines de ces données. Bien que nous ayons l'impression qu'il ait soulevé davantage de questions qu'apporté de réponses, nous espérons néanmoins qu'il puisse réactiver certains débats et apporter quelques éclairages sur le rôle et l'organisation de certaines dimensions dans le phénomène dépressif.

BIBLIOGRAPHIE

Abela, J. R. Z. (2002). Depressive mood reactions to failure in the achievement domain: A test of the integration of the hopelessness and self-esteem theories of depression. *Cognitive therapy and research, 26*, 4, 531-552.

Abela, J. R. Z., & Brozina, K. (2004). The use of negative events to prime cognitive vulnerability to depression. *Cognitive therapy and research, 28,* 209-227.

Abela, J. R. Z., & Skitch, S. A. (2007). Dysfunctional attitudes, self-esteem, and hassles: Cognitive vulnerability to depression in children of affectively ill parents. *Behaviour research and therapy, 45*, 1127-1140.

Abela, J. R. Z., Aydin, C., & Auerbach, R. P. (2006). Operationalizing the "vulnerability" and "stress" components of the hopelessness theory of depression: A multi-wave longitudinal study. *Behaviour research and therapy, 44*, 1565-1583.

Abela, J. R. Z., Brozina, K., & Seligman, M. E. P. (2004). A test of the integration of the activation hypothesis and the diathesis-stress component of the hopelessness theory of depression. *British journal of clinical psychology, 43,* 111-128.

Abela, J. R. Z., Webb, C. A., Wagner, C., Ho, M. H. R., & Adams, P. (2006). The role of self-criticism, dependency, and hassles in the course of depressive illness: A multiwave longitudinal study. *Personality and social psychology bulletin, 32,* 328-338.

Abraham, K. (2010). *Manie et mélancolie sur les troubles bipolaires*. Paris : Payot. (Texte original non publié 1911).

Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (1981). Depression, nondepression, and cognitive illusions: A reply to Schwartz. *Journal of experimental psychology: General, 110*, 436-447.

Abramson, L. Y., & Metalsky, G. I. (1986). *The Cognitive Style Questionnaire: Measurement of negative cognitive styles about self and consequences*. Unpublished manuscript.

Abramson, L. Y., & Sackeim, H. A. (1977). A paradox in depression: Uncontrollability and self-blame. *Psychological bulletin, 84*, 838-851.

Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Hankin, B. L., Haeffel, G. J., MacCoon, D. G., & Gibb, B. E. (2002). Cognitive vulnerability-stress models of depression in a self-regulatory and psychobiological context. In I. H. Gotlib, & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 268-294). New York: Guilford Press.

Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological review, 96*, 358-372.

Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of abnormal psychology, 87,* 49-74.

AERA, APA, & NCME (1999). *Standards for Educational and Psychological Testing*. Washington, D.C.: Author.

Ahrens, A. H., & Haaga, D. A. F. (1993). The specificity of attributional style and expectations to positive and negative affectivity, depression and anxiety. *Cognitive therapy and research, 17*, 83-98.

Aldwin, C. (1991). Does age affect the stress and coping process? Implications of age differences in perceived control. *Journal of gerontology, 46,* 174-180.

Alford, B. A., Lester, J. M., Patel, R. J., Buchanan, J. P., & Giunta, L. C. (1995). Hopelessness predicts future depressive symptoms: a prospective analysis of cognitive vulnerability and cognitive content specificity. *Journal of clinical psychology, 51*, 331-339.

Alicke, M. (2000). Culpable control and the psychology of blame. *Psychological bulletin, 126,* 556-574.

Allgood-Merton, B., Lewinsohn, P. M., & Hops, H. (1990). Sex differences and adolescent depression. *Journal of abnormal psychology, 99,* 55-63.

Alloy, L. B., & Clements, C. M. (1998). Hopelessness theory of depression: Tests of the symptom component. *Cognitive therapy and research, 22,* 303-335.

Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Hogan, M. E., Whitehouse, W. G., Rose, D. T., Robinson, M. S., Kim, R. S., & Lapkin, J. B. (2000). The Temple-Wisconsin Cognitive Vulnerability to Depression (CVD) Project: Lifetime history of axis I psychopathology in individuals at high and low cognitive vulnerability to depression. *Journal of abnormal psychology, 109*, 403-418.

Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Whitehouse, W. G., Hogan, M. E., Panzarella, C., & Rose, D. T. (2006). Prospective incidence of first onsets and recurrences of depression in individuals at high and low cognitive risk for depression. *Journal of abnormal psychology, 115*, 1, 145-156.

Alloy, L. B., Just, N., & Panzarella, C. (1997). Attributional style, daily life events, and hopelessness depression: Subtype validation by prospective variability and specificity of symptoms. *Cognitive therapy and research, 21*, 321-344.

Alloy, L.B., Peterson, C., Abramson, L.Y., & Seligman, M.E.P. (1984). Attributional style and the generality of learned helplessness. *Journal of personality and social psychology, 46*, 681-687.

Ambrosini, P., Bennett, D., Cleland, C. M., & Haslam, N. (2002). Taxonicity of adolescent melancholia: A categorical or dimensional construct? *Journal of psychiatric research, 36,* 247-256.

American Psychiatric Association. (2003). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)* (4th ed., textual revisions). Washington, DC: APA.

Amirkhan, J. H. (1998). Attributions as predictors of coping and distress. *Personality and social psychology bulletin, 24*, 9, 1006-1018.

Amorose, A. J. (2000). Intraindividual variability of self-evaluations in the physical domain: Prevalence, consequences, and sources. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and social sciences, 60* (12-A), 4362.

Anderson, C., & Arnoult, L. (1985). Attributional style and everyday problems of living: Depression, loneliness, and shyness. *Social cognition, 3*, 16-35.

Anderson, J. C., & Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychological bulletin, 103*, 411-423.

Anderson, K. W., & Skidmore, J. R. (1995). Empirical analysis of factors in depressive cognition: The Cognitive Triad Inventory. *Journal of clinical psychology, 51,* 603-609.

Arata, C. M. (1999). Coping with rape: The roles of prior sexual abuse and attributions of blame. *Journal of interpersonal violence, 14*, 62-78.

Arbuckle, J. L (2009). *AMOS 18.0 User's Guide*. Crawfordville, FL: Amos Development Corporation.

Argyle, M. (2001). *The psychology of happiness* (2nd ed.). London: Routledge.

Arlin, M. (1976). Causal priority of social desirability over self-concept: A cross-lagged correlation analysis. *Journal of personality and social psychology, 33,* 3, 267-272.

Asadi-Pooya, A. A., Schilling, C. A., Glosser, D., Tracy, J. I., & Sperling, M. R. (2007). Health locus of control in patients with epilepsy and its relationship to anxiety, depression, and seizure control. *Epilepsy & Behavior, 11*, 3, 347-350.

Aspinwall, L. G., & Taylor, S. E. (1992). Modelling cognitive adaptation: A longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of personality and social psychology, 63*, 989-1003.

Atger, F., Frasson, G., Loas, G., Guibourge, S., Corcos, M., Perez D. F., Speranza, M., Venisse, J-L., Lang, F., Stephan, P., Bizouard, P., Flament, M., & Jeammet, P. (2003). Etude de validation du Depressive Experience Questionnaire. *L'encéphale, 29,* 5, 445-455.

Auerbach, R. P., Abela, J. R. Z., Ho, M-H. R., McWhinnie, C. M., & Czajkowska, Z. (2010). A prospective examination of depressive symptomatology: Understanding the relationship between negative events, self-esteem, and neuroticism. *Journal of social and clinical psychology, 29,* 4, 438-461.

Aurèle, M. (2005). *Pensées à moi-même* (C. Morana, trad.). Paris : Mille et une nuits.

Avison, W. R., & McAlpine, D. (1992). Gender differences in symptoms and depression among adolescents. *Journal of health and social behavior, 33*, 77-96.

Ball, H. A., McGuffin, P., & Farmer, A. E. (2008). Attributional style and depression. *The british journal of psychiatry, 192*, 275-278.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Towards a unifying theory of behavioural change. *Psychological review, 84*, 191-215.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanisms in human agency. *American psychologist, 37,* 122-147.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory.* Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy in changing societies*. New York: Cambridge university press.

Bandura, A., Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Gerbino, M., & Pastorelli, C. (2003). Role of affective self-regulatory efficacy in diverse spheres of psychosocial functioning. *Child development, 74*, 3, 769-782.

Barlow, J., Wright, C., & Cullen, L. (2002). A job-seeking self-efficacy scale for people with physical disabilities: Preliminary development and psychometric testing. *British journal of guidance and counselling, 30*, 37-53.

Barnett, P. A., & Gotlib, I. H. (1988). Dysfunctional attitudes and psychosocial stress: The differential prediction of future psychological symptomatology. *Motivation and emotion, 12*, 251-270.

Barnett, P. A., & Gotlib, I. H. (1990). Cognitive vulnerability to depressive symptoms among men and women. *Cognitive therapy and research, 14,* 47-61.

Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology, 51*, 1173-1182.

Beach, S. R. H., & Amir, N. (2003). Is depression taxonic, dimensional, or both? *Journal of abnormal psychology, 112,* 228-236.

Bebbington, A. P. (1985). Three cognitive theories of depression. *Psychological medicine, 15,* 759-769.

Bebbington, P. E., Dunn, G., Jenkins, R., Lewis, G., Brugha, T., Farell, M., Meltzer, H. (1998). The influence of age and sex on the prevalence of depressive conditions: Report from the National Survey of Psychiatric Morbidity. *Psychological medicine, 28*, 9-19.

Beck, A. T. (1961). A systematic investigation of depression. *Comprehensive psychiatry, 2,* 162-170.

Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: 2. Theory and therapy. *Archives of general psychiatry, 10,* 561-571.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: New American Library.

Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. In P. J. Clayton & J. E. Barrett (Eds.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (pp. 265-284). New York: Raven Press.

Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of cognitive psychotherapy: An international quarterly, 1*, 5-37.

Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American psychologist, 46*, 4, 368-375.

Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Causes and treatment* (2nd edition). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Beck, A. T., Brown, G., & Steer, R. A. (1989). Prediction of eventual suicide in psychiatric inpatients by clinical ratings of hopelessness. *Journal of consulting and clinical psychology, 57,* 309-310.

Beck, A. T., Brown, G., Epstein, N., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology, 55*, 893-897.

Beck, A. T., Epstein, N., & Harrison, R. (1983). Cognitions, attitudes and personality dimensions in depression. *British journal of cognitive therapy, 1*, 1-11.

Beck, A. T., Herman, I., & Schuyler, D. (1973). Development of suicidal intent scales. In A. T. Beck, H. Resnik, & D. Lettieri (Eds.), *Measurement of suicidal behaviors*. New York: Charles Press.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression.* New York: Guilford Press.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck depression inventory-II.* San Antonio, TX : Psychological corporation.

Beck, A. T., Steer, R. A., Epstein, N., & Brown, G. (1990). Beck self-concept test. *Psychological assessment: A journal of consulting and clinical psychology, 2*, 191-197.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry, 4,* 561-571.

Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of consulting and clinical psychology, 42*, 861-865.

Beckham, E. E., Leber, W. R., Watkins, J. T., Boyer, J. L., & Cook, J. B. (1986). Development of an instrument to measure Beck's cognitive triad: The Cognitive Triad Inventory. *Journal of consulting and clinical psychology, 54,* 566- 567.

Beevers, C. G., & Miller, I. W. (2005). Unlinking negative cognition and symptoms of depression: Evidence of a specific treatment effect for cognitive therapy. *Journal of consulting and clinical psychology, 73*, 68-77.

Ben Hamida, S., Mineka, S., & Bailey, J. M. (1998). Sex differences in perceived controllability of mate value: An evolutionary perspective. *Journal of personality and social psychology, 75,* 953-966.

Benas, J. S., & Gibb, B. E. (2008). Weight-related teasing, dysfunctional cognitions, and symptoms of depression and eating disturbances. *Cognitive therapy and research, 32*, 2, 143-160.

Benassi, V. A., Sweeney, P. D., & Dufour, C. L. (1988). Is there a relation between locus of control orientation and depression? *Journal of abnormal psychology, 97*, 3, 357-367.

Bentler, P. M. (1990). Fit indices, LaGrange multipliers, constraint changes, and incomplete data in structural models. *Physiologycal bulletin, 88,* 588-600.

Bishop, G. D., Ang, J., Khader, J., Enkelmann, H. C., Tong, E. M. W., Why, Y. P., Diong, S. M. (2003). Job demands, decisional control, and cardiovascular responses. *Journal of occupational health psychology, 8,* 146-156.

Bisschop, M. I., Knegsman, D. M., Beekman, A. T. F., & Deeg, D. J. H. (2004). Chronic diseases and depression: The modifying role of psychosocial resources. *Social science and medicine, 59,* 721-733.

Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. *Journal of psychosomatic research, 52*, 69-77.

Blackburn, I.M., & Cottraux, J. (2008). *Psychothérapie cognitive de la dépression* (3rd ed.). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Blackburn, I. M., Jones, S., & Lewin, R. (1986). Cognitive style in depression. *British journal of clinical psychology, 25,* 241-251.

Blalock, J. A., & Joiner, T. E. (2000). Interaction of cognitive avoidance coping and stress in predicting depression/anxiety. *Cognitive therapy and research, 24*, 47-65.

Blanchard-Fields, F., & Irion, J. C. (1988). The relation between locus of control and coping in two contexts: Age as a moderator variable. *Psychology and aging, 3*, 2, 197-203.

Blaney, P. H., Behar, V., & Head, R. (1980). Two measures of depressive cognitions: Their association with depression and with each other. *Journal of abnormal psychology, 89*, 678-682.

Blankstein, K. R., Dunkley, D. M., & Wilson, J. (2008). Evaluative concerns and personal standards perfectionism: Self-esteem as a mediator and moderator of relations with personal and academic needs and estimated GPA. *Current psychology, 27*, 1, 29-61.

Blascovich, J., & Tomaka, J. (1991). Measures of self-esteem. In J. P. Robinson, P. R. Shaver, & L. S. Wrightsman (Eds.), *Measures of personality and social psychological attitudes* (pp. 115-160). Academic Press, INC: Harcourt Brace Jovanovich, Publishers.

Blatt, S., & Maroudas, C. (1992). Convergence of psychoanalytic and cognitive behavioural theories of depression. *Psychoanalytic psychology, 9*, 157-190.

Blatt, S., D'Affliti, J., & Quinlan, D. (1976). Experience of depression in normal young adults. *Journal of abnormal psychology, 85*, 383-389.

Blatt, S., Quinlan, D., Chevron, S., McDonald, C., Zuroff, D. (1982). Dependency and self-criticism. *Journal of consulting and clinical psychology, 50,* 113-124.

Block, J. (1995). A contrarian view of the five factor approach to personality description. *Psychological bulletin, 117,* 187-215.

Block, J., & Robins, R. W. (1993). A longitudinal study of consistency and change in self-esteem from early adolescence to early adulthood. *Child development, 64*, 909-923.

Boninger, D. S., Gleicher, F., & Strathman, A. (1994). Counterfactual thinking: From what might have been to what may be. *Journal of personality and social psychology, 67,* 2, 297-307.

Bouchard, S., & Cyr, C. (2005). *Recherche psychosociale ; pour harmoniser recherche et pratiques.* Québec : Presses de l'Université du Québec.

Boughton, S., & Street, H. (2007). Integrated review of the social and psychological gender differences in depression. *Australian psychologist, 42*, 3, 187-197.

Bouvard, M., & Cottraux, J. (2005). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie* (4th ed.). Paris : Masson.

Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American psychologist, 36*, 129-148.

Bowlby, J. (1982). *Attachment* (2nd ed.). New York, NY: Basic Books.

Boyce, P., Parker, G., Barnett, B., Cooney, M., & Smith, F. (1991). Personality as a vulnerability factor to depression. *The british journal of psychiatry, 159*, 106-114.

Brewin, C. R., & Furnham, A. (1986). Attributional versus preattributional variables in self-esteem and depression: A comparison and test of learned helplessness theory. *Journal of personality and social psychology, 50*, 5, 1013-1020.

Brickman, P., Rabinowitz, V. C, Karuza, J., Coates, D., Cohn, E., & Kidder, L. (1982). Models of helping and coping. *American psychologist, 37*, 368-384.

Brissette, I., Scheier, M. F., & Carver, C. S. (2002). The role of optimism in social network development, coping, and psychosocial adjustment during a life transition. *Journal of personality and social psychology, 82*, 1, 102-111.

Broadhead, W. E., Blazer, D. G., George, L. K., & Tse, C. K. (1990). Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiological survey. *Journal of the American Medical Association, 264*, 2524-2528.

Brosschot, J. F., Gebhardt, W. A., & Godaert, G. L. R. (1994). Internal, powerful, others and chance locus of control. Relationships with personality, coping, stress and health. *Personality and individual differences, 16*, 6, 839-852.

Brosse, A. L., Craighead, L. W., & Craighead, W. E. (1999). Testing the mood-state hypothesis among previously depressed and never-depressed individuals. *Behavior therapy, 30,* 97-115.

Brown, G., & Beck, A. T. (1989). The role of imperatives in psychopathology: A reply to Ellis. *Cognitive therapy and research, 13*, 315-321.

Brown, G. P., Hammen, C. L., Craske, M. G., & Wickens, T. D. (1995). Dimensions of dysfunctional attitudes as vulnerabilities to depressive symptoms. *Journal of abnormal psychology, 104,* 431-435.

Brown, G. W., & Harris, T. O. (1978). *Social origins of depression*. London: Tavistock.

Brown, G. W., Andrews, B., Harris, T., Adler, Z., & Bridge, L. (1986). Social support, self-esteem and depression. *Psychological medicine, 16,* 813-831.

Brown, G. W., Bifulco, A., & Andrews, B. (1990). Self-esteem and depression. 3. Aetiological issues. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 25*, 235-243.

Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen & J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). Newsbury Park, CA: Sage Publications.

Bruch, M. A., & Belkin, D. (2001). Attributional style in shyness and depression: Shared and specific maladaptive patterns. *Cognitive therapy and research, 25,* 247-259.

Bruch, M. A., & Pearl, L. (1995). Attributional style and symptoms of shyness in a heterosocial interaction. *Cognitive therapy and research, 19*, 91-107.

Bruch, M. A., Rivet, K. M., & Laurenti, H. J. (2000). Type of self-discrepancy and relationships to components of the tripartite model of emotional distress. *Personality and individual differences, 29,* 37-44.

Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé: Modèles, concepts et méthodes*. Paris: Dunod.

Bruchon-Schweitzer, M., & Dantzer, R. (1994). *Introduction à la psychologie de la santé*. Paris : PUF.

Burns, M., & Seligman, M. E. P. (1989). Explanatory style across the lifespan: Evidence for stability over 52 years. *Journal of personality and social psychology, 56,* 471-477.

Busseri, M. A., Choma, B. L., & Sadava, S. W. (2009). "As good as it gets" or "The best is yet to come"? How optimists and pessimists view their past, present, and anticipated future life satisfaction. *Personality and individual differences, 47*, 352-356.

Butler, A. C., Hokanson, J. E., & Flynn, H. A. (1994). A comparison of self-esteem lability and low trait self-esteem as vulnerability factors for depression. *Journal of personality and social psychology, 66,* 166-177.

Calogero, R. M., & Watson, N. (2009). Self-discrepancy and chronic social self-consciousness: Unique and interactive effects of gender and real-ought discrepancy. *Personality and individual differences, 46*, 642-647.

Campbell, S. B., Cohn, J. F., Flanagan, C., Popper, S., & Meyers, T. (1992). Course and correlates of postpartum depression during the transition to parenthood. *Development and psychopathology, 4,* 29-47.

Cannon, B., Mulroy, R., Otto, M. W., Rosenbaum, J. F., Fava, M., & Nierenberg, A. A. (1999). Dysfunctional attitudes and poor problem solving skills predict hopelessness in major depression. *Journal of affective disorders, 55*, 45-49.

Caprara, G. V. (2002). Personality psychology: filling the gap between basic processes and molar functioning. In C. von Hofsten & L. Bakman (Eds.), *Psychology at the turn of the Millennium: Volume 2, social, developmental and clinical perspectives* (pp. 201-224). Hove, East Sussex UK: Psychology press.

Carver, C. S. (1989). How should multifaceted personality constructs be tested? Issues illustrated by Self-Monitoring, Attributional Style, and Hardiness. *Journal of personality and social psychology, 56,* 4, 577-585.

Carver, C. S., & Ganellen, R. J. (1983). Depression and components of self-punitiveness: High standards, self-criticism, and overgeneralization. *Journal of abnormal psychology, 92*, 3, 330-337.

Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1981). *Attention and self-regulation: A control-theory approach to human behavior*. New York: Springer-Verlag.

Carver, C.S., & Scheier, M.F. (1982). Control theory: A useful framework for conceptualizing human behaviour. *Psychological bulletin, 92*, 111-135.

Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1983). A control-theory approach to human behaviour and implications for self-management. In P. C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (Vol. 2, pp. 127-194). New York: Academic.

Carver, C. S., Lawrence, J. W., & Scheier, M. F. (1999). Self-discrepancies and affect: Incorporating the role of feared selves. *Personality and social psychology bulletin, 25*, 783-792.

Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., Ketcham, A. S., Moffat, F. L., Jr., & Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress : A study of women with early stage breast-cancer. *Journal of personality and social psychology, 65*, 375-390.

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology, 56*, 267-283.

Cattell, R. B. (1950). *Personality: A systematic, theoretical, and factual study*. New York, NY: McGraw-Hill.

Cattell, R. B. (1965). *The scientific analysis of personality.* Baltimore, MD: Penguin.

Chan Chee, C., Beck, F., Sapinho, D., & Guilbert, P. (2009). *La depression en France*. Saint-Denis : INPES.

Chaney, J. M., Mullins, L. L., Wagner, J. L., Hommel, K. A., Page, M. C., & Doppler, M. J. (2004). A longitudinal examination of causal attributions and depression symptomatology in rheumatoid arthritis. *Rehabilitation psychology, 49*, 126-133.

Chang, E., & Sanna, L. (2007). Affectivity and psychological adjustement across adult generations: Does pessimistic explanatory style still matter? *Personality and individual differences, 43*, 1149-1159.

Chang, E. C. (2002). Cultural differences in psychological distress in Asian and Caucasian American college students: Examining the role of cognitive and affective concomitants. *Journal of counseling psychology, 49*, 1, 47-59.

Chang, E. C. (Ed.). (2001). *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice*. Washington, DC: American psychological association.

Chang, E. C., & Sanna, L. J. (2001). Optimism, pessimism, and positive and negative affectivity in middle-aged adults: A test of a cognitive-affective model of psychological adjustment. *Psychology and aging, 16*, 524-531.

Chang, E. C., D'Zurilla, T. J., & Maydeu-Olivares, A. (1994). Assessing the dimensionality of optimism and pessimism using a multimeasure approach. *Cognitive therapy and research, 18,* 2, 143-160.

Chang, L., & McBride, C. (1996). The factor structure of the Life Orientation Test. *Educational and psychological measurement, 56,* 2, 325-329.

Cheng, H., & Furnham, A. (2003). Personality, self-esteem, and demographic predictions of happiness and depression. *Personality and individual differences, 34,* 921-942.

Cheung, S. K. (1997). Self-discrepancy and depressive experiences among Chinese early adolescents: Significance of identity and the undesired self. *International journal of psychology, 32,* 347-359.

Cho, Y., & Telch, M. J. (2005). Testing the cognitive content-specificity hypothesis of social anxiety and depression: An application of structural equation modelling. *Cognitive therapy and research, 29*, 399-416.

Chodoff, P., Friedman, S. B., & Hamburg, D. A. (1964). Stress, defenses, and coping behaviour: Observations in parents of children with malignant disease. *American journal of psychiatry, 120*, 743-749.

Christopher, A. N., Saliba, L., & Deadmarsh, E. J. (2009). Materialism and well-being: The mediating effect of locus of control. *Personality and individual differences, 46*, 682-686.

Chung, M. C., Preveza, E., Papandreous, K., & Prevezas, N. (2006). The relationship between posttraumatic stress disorder following spinal cord injury and locus of control. *Journal of affective disorder, 93*, 229-232.

Clark, D. A., & Beck, A. T. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: John Wiley & Sons.

Clark, D. A., Beck, A. T., & Brown, G. (1989). Cognitive mediation in general psychiatric outpatients: A test of the content-specificity hypothesis. *Journal of personality and social psychology, 56,* 958-964.

Clark, D. A., Cook, A., & Snow, D. (1998). Depressive symptom differences in hospitalized, medically ill, depressed psychiatric inpatients and nonmedical controls. *Journal of abnormal psychology, 107,* 38-48.

Clark, L. A. (2005). Temperament as a unifying basis for personality and psychopathology. *Journal of abnormal psychology, 114,* 505-521.

Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of abnormal psychology, 100*, 316-336.

Clark, L. A., & Watson, D. (1999). Temperament: a new paradigm for trait psychology. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality* (pp. 399-423). New York: Guilford.

Clark, L. A., Watson, D., & Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of abnormal psychology, 103*, 103-116.

Clarke, D. (2004). Neuroticism: moderator or mediator in the relation between locus of control and depression? *Personality and individual differences, 37*, 245-258.

Cochran, S. D., & Hammen, C. L. (1985). Perceptions of stressful life events and depression: A test of attributional models. *Journal of personality and social psychology, 48,* 6, 1562-1571.

Cohen, L., Van Den Bout, J., Van Vliet, T., & Kramer, W. (1989). Attributional asymmetries in relation to dysphoria and self-esteem. *Personality and individual differences, 10,* 1055-1061.

Cole, D. A. (1991). Preliminary support for a competency-based model of depression in children. *Journal of abnormal psychology, 100*, 181-190.

Cole, D. A., Maxwell, S. E., Martin, J. M., Lachlan, G. P., Seroczynski, A. D., Tram, J. M., Hoffman, K. B., Ruiz, M. D., Jacquez, F., & Maschman, T. (2001). The development of multiple domains of child and adolescent self-concept: A cohort sequential longitudinal design. *Child development, 72,* 1723-1746.

Coopersmith, S. (1967). The antecedents of self-esteem. San Francisco: Freeman.

Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1991). *The NEO Personality Inventory Manual.* Odessa, FL: Psychological assessment resources.

Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1992). *NEO-PI-R: Revised NEO personality Inventory (NEO-PI-R)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Cottraux, J. (2004). *Les thérapies comportementales et cognitives* (4ème ed.). Paris : Masson.

Cottraux, J., Bouvard, M., & Légeron, P. (1985). *Méthodes et échelles d'évaluation des comportements*. Issy-les-Moulineaux : Editions d'Application Psychotechniques.

Cousineau, T. M., Green, T. C., Corsini, E. A., Barnard, T., Seibring, A. R., & Domar, A. D. (2006). Development and validation of the infertility self-efficacy scale. *Fertility and sterility, 85*, 6, 1684-1696.

Cousson-Gélie, F., Bruchon-Schweitzer, M., Dilhuydy, J-M., Irachabal, S., & Lakdja, F. (2005). Impact du contrôle perçu, de l'attribution causale interne et du contrôle religieux sur la qualité de vie et l'évolution de la maladie de patientes atteintes d'un premier cancer du sein. *Revue francophone de psycho-oncologie, 4*, 288-291.

Cowen, E. L., & Tongas, P. N. (1959). The social desirability of trait descriptive terms: Applications to a self-concept inventory. *Journal of consulting psychology, 23*, 4, 361-365.

Cox, B. J., Enns, M. W., & Larsen, D. K. (2001). The continuity of depression symptoms: Use of cluster analysis for profile identification in patient and student samples. *Journal of affective disorders, 65,* 1, 67-73.

Cox, B. J., Enns, M. W., Borger, S. C., Parker, J. D. A. (1999). The nature of the depressive experience in analogue and clinically depressed samples. *Behaviour research and therapy, 37,* 783-794.

Coyne, J. C., & Calarco, M. M. (1995). Effects of the experience of depression: Application of focus group and survey methologies. *Psychiatry: Interpersonal and biological processes, 58,* 149-163.

Coyne, J. C., & Gotlib, I. H. (1983). The role of cognition in depression: A critical appraisal. *Psychological bulletin, 94*, 3, 472-505.

Coyne, J. C., Gallo, S. M., Klinkman, M. S., & Calarco, M. M. (1998). Effects of recent and past major depression and distress on self-concept and coping. *Journal of abnormal psychology, 107,* 86-96.

Cozzarelli, C. (1993). Personality and self-efficacy as predictors coping with abortion. *Journal of personality and social psychology, 65*, 1224-1236.

Crandell, C., & Chambless, D. (1986). The validation of an inventory for measuring depressive thoughts: The Crandell cognitions inventory. *Behaviour research and therapy, 24,* 403-411.

Critchlow, B. (1985). The blame in the bottle: Attributions about drunken behaviour. *Personality and social psychology bulletin, 11*, 258-274.

Crocker, J., & Park, L. E. (2004). The costly pursuit of self-esteem. *Psychological bulletin, 130*, 3, 392-414.

Crocker, J., & Wolfe, C. T. (2001). Contingencies of self-worth. *Psychological review, 108,* 593-623.

Crocker, J., Karpinski, A., Quinn, D. M., & Chase, S. K. (2003). When grades determine self-worth: Consequences of contingent self-worth for male and female engineering and psychology majors. *Journal of personality and social psychology, 85*, 507-516.

Cross, S.E., & Madson, L. (1997). Models of the self: Self-construals and gender. *Psychological bulletin, 122*, 5-37.

Crowne, D. P., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of consulting psychology, 24,* 349-354.

Cui, X., & Vaillant, G. E. (1996). Antecedents and consequences of negative life events in adulthood: A longitudinal study. *The American journal of psychiatry, 153*, 21-26.

Cummings, E. M., DeArth-Pendley, G., Du Rocher Schudlich, T., & Smith, D. A. (2001). Parental depression and family functioning: Toward a process-oriented model of children's adjustment. In S. R. H. Beach (Ed.), *Marital and family processes in depression* (pp.89-110). Washington, DC: American Psychological Association.

Cutrona, C. E., Russell, D., & Jones, R. D. (1984). Cross-situational consistency in causal attributions: Does attributional style exist? *Journal of personality and social psychology, 47*, 5, 1043-1058.

Cyranowski, J. M., Frank, E., Young, E., & Shear, M. K. (2000). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: A theoretical model. *Archives of general psychiatry, 57*, 21-27.

Davis, C. G., Lehman, D. R., Silver, R. C., Wortman, C. B., & Ellard, J. H. (1996). Self-blame following a traumatic event: The role of perceived avoidability. *Personality and social psychology bulletin, 22,* 6, 557-567.

Davis, C. G., Lehman, D. R., Wortman, C. B., Silver, R. C., & Thompson, S. C. (1995). The undoing of traumatic life events. *Personality and social psychology bulletin, 21*, 109-124.

Deaux, K. (1992). Personalizing identity and socializing self. In G. Breakwell (Ed.), *Social psychology of identity and the self-concept* (pp. 9-33). London: Academic Press.

Dember, W. N., Martin, S. H., Hummer, M. K., Howe, S. R., & Melton, R. S. (1989). The measurement of optimism and pessimism. *Current psychology: Research & reviews, 8*, 2, 102-119.

DeNeve, K.M., & Cooper, H. (1998). The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological bulletin, 124*, 2, 197-229.

Dépression. (2000). *Dans Grand dictionnaire de la psychologie*. Paris : Larousse-Bordas.

Despland, J. N., Monod, L., & Ferrero, F. (1995). Clinical relevance of adjustment disorder in DSM-III-R and DSM-IV. *Comprehensive psychiatry, 36,* 454-460.

Deutscher, S., & Cimbolic, P. (1990). Cognitive processes and their relationship to endogenous and reactive components of depression. *Journal of nervous and mental disease, 178*, 351-359.

Devins, G. M., Binik, Y. M., Gorman, P., Datell, M., McClosky, B., Oscar, G., & Briggs, J. (1982). Perceived self-efficacy, outcome expectancies, and negative mood states in end stage renal disease. *Journal of abnormal psychology, 91*, 4, 241-244.

Dewall, C. N., Maner, J. K., & Rouby, D. A. (2009). Social exclusion and early-stage interpersonal perception: Selective attention to signs of acceptance. *Journal of personality and social psychology, 96*, 4, 729-741.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological bulletin, 95*, 542-575.

Diener, E., & Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of personality and social psychology, 68*, 653-663.

Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culturen and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. *Annual review of psychology, 54*, 403-425.

Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological bulletin, 125*, 2, 276-302.

Dobson, K. S., & Shaw, B. F. (1986). Cognitive assessment with major depressive disorders. *Cognitive therapy and research, 10,* 13-29.

Dobson, K. S., & Shaw, B. F. (1987). Specificity and stability of self-referent encoding in clinical depression. *Journal of abnormal psychology, 96*, 34-40.

Doizos, D. J. A., Dobson, K. S., & Ahnberg, J. L. (1998). A psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II. *Psychological assessment, 10*, 2, 83-89.

Dua, J. K. (1994). Comparative predictive value of attributional style, negative affect, and positive affect in predicting self-reported physical health and psychological health. *Journal of psychosomatic research, 38*, 7, 669-680.

Dubois, N. (1987). *La psychologie du contrôle ; les croyances internes et externes.* Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.

Dubois, N. (1994). *La norme d'internalité et le libéralisme.* Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.

Dumont, M., Leclerc, D., & Deslandes, R. (2003). Ressources personnelles et détresse psychologique en lien avec le rendement scolaire et le stress chez des élèves de quatrième secondaire. *Revue canadienne des sciences du comportement, 35,* 4, 254-267.

Dumont, M., Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (2000). French Adaptation of the General Self-Efficacy Scale. In: Freie Universität Berlin. *Site personnel de Ralf Schwarzer* [en ligne]. Mise à jour : 2009-10-18. Adresse URL : userpage.fu-berlin.de/~health /french.htm (consultée le 10 septembre 2008)

Dunkley, D. M., & Grilo, C. M. (2007). Self-criticism, low self-esteem, depressive symptoms, and over-evaluation of shape and weight in binge eating disorder patients. *Behaviour research and therapy, 45*, 139-149.

Dunning, D., Leuenberger, A., & Sherman, D. A. (1995). New look at motivated inference: Are self-serving theories of success a product of motivational forces? *Journal of personality and social psychology, 69*, 1, 58-68.

Durbin, C. E., Klein, D. N., Hayden, E. P., Buckley, M. E., & Moerk, K. C. (2005). Temperamental emotionality in preschoolers and parental mood disorders. *Journal of abnormal psychology, 114,* 28-37.

Duval, T. S., & Wicklund, R. A. (1972). *A theory of objective self-awareness*. New York: Academic press.

Dykman, B. M. (1997). A test of whether negative emotional priming facilitates access to latent dysfunctional attitudes. *Cognition and emotion, 11*, 197-222.

Dykman, B. M., & Johll, M. (1998). Dysfunctional attitudes and vulnerability to depressive symptoms: A 14-week longitudinal study. *Cognitive therapy and research, 22,* 337-352.

Eaves, G., & Rush, A. J. (1984). Cognitive patterns in symptomatic and remitted unipolar major depression. *Journal of abnormal psychology, 93*, 31-40.

Eden, D., & Kinnar, J. (1991). Modeling galatea: Boosting self-efficacy to increase volunteering. *Journal of applied psychology, 76*, 770-780.

Eid, M., & Diener, E. (2004). Global judgments of subjective well-being: Situational variability and long-term stability. *Social indicators research, 65*, 245-277.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy.* New York: Lyle Stuart.

Ellis, A., Gordon, J., Neenan, M., & Palmer, S. (1997). *Stress counseling: A rational emotive approach.* New York: Springer.

Enns, M. W., Cox, B. J., & Borger, S. C. (2001). Correlates of analogue and clinical depression: A further test of the phenomenological continuity hypothesis. *Journal of affective disorders, 66*, 175-183.

Eysenck, H. J. (1947). *Dimensions of personality*. New York, NY: Praeger.

Eysenck, H. J., & Eysenck, M. W. (1985). *Personality and individual differences: A natural science approach*. New York, NY: Plenum Press.

Eysenck, H. J., White, P. O., & Soueif, M. I. (1969). Factors in the Cattell Personality Inventory. In H. J. Eysenck & S. B. G. Eysenck (Eds.*), Personality structure and measurement* (pp. 218-228). San Diego, CA: Knapp.

Fairbank, J. A., Hansen, D. J., & Fitterling, J. M. (1991). Patterns of appraisal and coping across different stressor conditions among former prisoners of war with and without posttraumatic stress disorder. *Journal of consulting and clinical psychology, 59,* 274-281.

Fairbrother, N., & Moretti, M. (1998). Sociotropy, autonomy, and self-discrepancy: Status in depressed, remitted depressed, and control participants. *Cognitive therapy and research, 22*, 3, 279-296.

Falci, C. D. (2011). Self-esteem and mastery trajectories in high school by social class and gender. *Social science research, 40,* 586-601.

Fanous, A. H., Neale, M. C., Aggen, S. H., & Kendler, K. (2007). A longitudinal study of personality and major depression in a population-based sample. *Psychological medicine, 37*, 1163-1172.

Farmer, A., Harris, T., Redman, K., Mahmood, A., Sadler, S., & McGuffin, P. (2001). The Cardiff Depression Study: A sib-pair study of dysfunctional attitudes in depressed probands and healthy control subjects. *Psychological medicine, 31*, 627-633.

Faure, S., & Loston, H. (2003). Anxiety, depression and self-efficacy levels of women undergoing first trimester abortion. *South African journal of psychology, 33*, 1, 28-38.

Ferguson, E., Dodds, A., Ng, L., & Flannigan, H. (1994). Perceived control: Distinct but related levels of analysis? *Personality and individual difference, 16*, 3, 425-432.

Fernandez, M. E., Mutran, E., & Reitzes, D. C. (1998). Moderating the effects of stress on depressive symptoms. *Research on aging, 20*, 163-182.

Festinger, L. (1954). A theory of social comparison. *Human relations, 7*, 117-140.

Fincham, F. D., & Jaspars, J. M. (1980). Attribution of responsibility: From man the scientist to man the lawyer. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 13, pp. 81-138). New York: Academic Press.

Fincham, F. D., & Jaspars, J. M. (1983). A subjective probability approach to responsibility attribution. *British journal of social psychology, 22,* 145-162.

Fincham, F. D., & Schultz, T. R. (1981). Intervening causation and the mitigation of responsability for harm. *British journal of social and clinical psychology, 20,* 113-120.

Flett, G. L., Vredenburg, K., & Krames, L. (1997). The continuity of depression in clinical and non-clinical samples. *Psychological bulletin, 121*, 395-416.

Foa, E. B., Zinbarg, R., & Rothbaum, B. O. (1992). Uncontrollability and unpredictability in post-traumatic stress disorder: An animal model. *Psychological bulletin, 112,* 218-238.

Folkman, S., & Moskowitz, J. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American psychologist, 55*, 647-654.

Follette, V. M., & Jacobson, N. S. (1987). Importance of attributions as a predictor of how people cope with failure. *Journal of personality and social psychology, 52,* 6, 1205-1211.

Fontaine, K. R., & Jones, L. C. (1997). Self-esteem, optimism, and postpartum depression. *Journal of clinical psychology, 53*, 59-63.

Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of marketing research, 18,* 39-50.

Försterling, F. (2001). *Attribution: An introduction to theories, research and applications*. East Sussex, UK: Psychology Press Ltd.

Fournier, M., De Ridder, D., & Bensing, J. (2002). How optimism contributes to the adaptation of chronic illness. A prospective study into the enduring effects of optimism on adaptation moderated by the controllability of chronic illness. *Personality and individual differences, 33,* 1163-1183.

Fraley, R. C., & Roberts, B. W. (2005). Patterns of continuity: A dynamic model for conceptualizing the stability of individual differences in psychological constructs across the life course. *Psychological review, 112*, 60-74.

Francis, J. J., Boldero, J. M., & Sambell, N. L. (2006). Self-lines: A new, psychometrically sound, "user-friendly" idiographic technique for assessing self-discrepancies. *Cognitive therapy and research, 30*, 69-84.

Franck, E., & DeRaedt, R. (2007). Self-esteem reconsidered: unstable self-esteem outperforms level of self-esteem as vulnerability marker for depression. *Behaviour research and therapy, 4*, 1531-1541.

Franklin, C. L., Strong, D. R., & Greene, R. L. (2002). A taxometric analysis of the MMPI-2 Depression Scales. *Journal of personality assessment, 79,* 110-121.

Frazier, P. (1990). Victim attributions and post-rape trauma. *Journal of personality and social psychology, 59*, 298-304.

Frazier, P. (2000). The role of attributions and perceived control in recovery from rape. *Journal of personal and interpersonal loss, 5,* 203-225.

Frazier, P. (2003). Perceived control and distress following sexual assault: A longitudinal test of a new model. *Journal of personality and social psychology, 84*, 6, 1257-1269.

Frazier, P., & Schauben, L. (1994). Causal attributions and recovery from rape and other stressful life events. *Journal of social and clinical psychology, 13*, 1-14.

Frazier, P., Berman, M., & Steward, J. (2002). Perceived control and posttraumatic stress: A temporal model. *Applied and preventive psychology, 10*, 207-223.

Frazier, P., Mortensen, H., & Steward, J. (2005). Coping strategies as mediators of the relations among perceived control and distress in sexual assault survivors. *Journal of counselling psychology, 52,* 3, 267-278.

Frazier, P., Steward, J., & Mortensen, H. (2004). Perceived control and adjustment to trauma: A comparison across events. *Journal of social and clinical psychology, 23*, 3, 303-324.

Fretz, B. R., Kluge, N. A., Ossana, S. M., Jones, S. M., & Merikangas, M. W. (1989). Intervention targets for reducing preretirement anxiety and depression. *Journal of counselling psychology, 36*, 301-307.

Freud, S. (1950). Mourning and melancholia. In *Collected Papers* (Vol. 4, pp 152-172). London: Hogarth and Institute of Psycho-Analysis. (Texte initial publié 1917).

Friedman, M. (1985). Toward a reconceptualization of guilt. *Contemporary psychoanalysis, 21,* 501-547.

Fritzsche, A., Dahme, B., Gotlib, I. H., Joormann, J., Magnussen, H., Watz, H., Nutzinger, D. O., & Von Leupoldt, A. (2010). Specificity of cognitive biases in patients with current depression and remitted depression and in patients with asthma. *Psychological medicine, 40*, 5, 815-826.

Gable, S. L., & Nezlek, J. B. (1998). Level and instability of day-to-day psychological well-being and risk for depression. *Journal of personality and social psychology, 74,* 1, 129-138.

Garber, J., & Hollon, S. D. (1980). Universal versus personal helplessness in depression: Belief in uncontrollability or incompetence? *Journal of abnormal psychology, 89*, 1, 56-66.

Gemar, M. C., Segal, Z. V., Sagrati, S., & Kennedy, S. J. (2001). Mood-induced changes on the implicit association test in recovered depressed patients. *Journal of abnormal psychology, 110*, 282-289.

Gibb, B. E., Alloy, L. B., Abramson, L. Y., & Marx, B. P. (2003). Childhood maltreatment and maltreatment-specific inferences: A test of Rose and Abramson's (1992) extension of the hopelessness theory. *Cognition and emotion, 17*, 917-931.

Gibb, B. E., Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Rose, D. T., Whitehouse, W. G., & Hogan, M. E. (2001). Childhood maltreatment and college students' current suicidal ideation: A test of the hopelessness theory. *Suicide and life-threatening behaviour, 31,* 405-415.

Gibb, B. E., Beevers, C. G., Andover, M. S., & Holleran, K. (2006). The hopelessness theory of depression: A prospective multi-wave test of the vulnerability-stress hypothesis. *Cognitive therapy and research, 30*, 763-772.

Gilboa, E., & Gotlib, I. H. (1997). Cognitive biases and affect persistence in previously dysphoric and never-dysphoric individuals. *Cognition and emotion, 11,* 517-538.

Giles, D. E., & Shaw, B. F. (1987). Beck's cognitive theory of depression: Convergence of constructs. *Comprehensive psychiatry, 28*, 416-427.

Goethe, J. W., Fischer, E. H., & Wright, J. S. (1993). Severity as a key construct in depression. *Journal of nervous and mental diseases, 181,* 718-724.

Goldberg, L. R. (1990). An alternative "description of personality": The Big-Five factor structure. *Journal of personality and social psychology, 59*, 1216-1229.

Golin, S., Sweeney, P. D., & Schaeffer, D. E. (1981). The causality of causal attributions in depression: A cross-lagged panel correlational analysis. *Journal of abnormal psychology, 90*, 14-22.

Gotlib, I. H., & Olson, J. M. (1983). Depression, psychopathology, and self-serving attributions. *British journal of clinical psychology, 22,* 309-310.

Gotlib, I. H., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R. (1995). Symptoms versus a diagnosis of depression: Differences in psychosocial functioning. *Journal of consulting and clinical psychology, 63*, 90-100.

Gotlib, I. H., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., Rohde, P., & Redner, J. E. (1993). Negative cognitions and AS in depressed adolescents: An examination of stability and specificity. *Journal of abnormal psychology, 102*, 607-615.

Greenberg, M. S., & Beck, A. T. (1989). Depression versus anxiety: A test of the content-specificity hypothesis. *Journal of abnormal psychology, 98*, 9-13.

Greenglass, E. R. (1985). Psychological implications of sex bias in the workplace. Special issue: Gender roles. *Academic psychological bulletin, 7,* 227-240.

Griffin, K. W., & Rabkin, J. G. (1998). Perceived control over illness, realistic acceptance, and psychological adjustment in people with AIDS. *Journal of social and clinical psychology, 17,* 407-424.

Grove, W. M., Andreasen, N. C., Young, M., Endicott, J., Keller, M. B., Hirschfeld, R. M. A., & Reich, T. (1987). Isolation and characterization of a nuclear depressive syndrome. *Psychological medicine, 17,* 471-484.

Guimond, S., Chatard, A., Martinot, D., Crisp, R. J., & Redersdorff, S. (2006). Social comparison, self-stereotyping, and gender differences in self-construals. *Journal of personality and social psychology, 90,* 2, 221-242.

Gupta, R., & Kar, B. R. (2008). Interpretative bias: Indicators of cognitive vulnerability to depression. *The german journal of psychiatry, 11,* 3, 98-102.

Haaga, D. A. F., & Solomon, A. (1993). Impact of Kendall, Hollon, Beck, Hammen and Ingram (1987) on treatment of the continuity issue in "depression" research. *Cognitive therapy and research, 17,* 313-324.

Haaga, D. A. F., Dick, M. J., & Ernst, D. (1991). Empirical status of cognitive theory of depression. *Psychological bulletin, 110*, 2, 215-236.

Haeffel, G. J., Abramson, L. Y., Brazy, P., & Shah, J. (2008). Hopelessness theory and the approach system: Cognitive vulnerability predicts decreases in goal-directed behaviour. *Cognitive therapy and research, 32,* 281-290.

Haeffel, G. J., Abramson, L. Y., Brazy, P., Shah, J., Teachman, B., & Nosek, B. (2007). Explicit and implicit cognition: A preliminary tets of a dual-process theory of cognitive vulnerability. *Behaviour research and therapy, 45*, 1155-1167.

Haeffel, G. J., Abramson, L. Y., Voelz, Z. R., Metalsky, G. I., Halberstadt, L., Dykman, B. M., Donovan, P., Hogan, M. E., Hankin, B. L., & Alloy, L. B. (2003). Cognitive vulnerability to depression and lifetime history of axis I psychopathology: A comparison of negative cognitive styles (CSQ) and dysfunctional attitudes (DAS). *Journal of cognitive psychotherapy: An international quaterly, 17*, 3-22.

Haeffel, G. J., Gibb, B. E., Metalsky, G. I., Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Hankin, B. L., Joiner, T. E., & Swendsen, J. D. (2008). Measuring cognitive vulnerability to depression: Development and validation of the cognitive style questionnaire. *Clinical psychology review, 28*, 824-836.

Hammen, C. L. (1981). *Issues in cognitive research on depression: Attributional models*. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Los Angeles, California.

Hankin, B. L., & Abramson, L. Y. (2001). Development of gender differences in depression: An elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychological bulletin, 127*, 773-796.

Hankin, B. L., & Abramson, L. Y. (2002). Measuring cognitive vulnerability in adolescence. Reliability, validity and gender differences. *Journal of clinical child and adolescent psychology, 31,* 491-504.

Hankin, B. L., Abramson, L. Y., & Siler, M. (2001). A prospective test of the hopelessness theory of depression in adolescence. Cognitive therapy and research, 25, 607-632.

Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Miller, N., & Haeffel, G. J. (2004). Cognitive vulnerability-stress theories of depression: Examining affective specificity in the prediction of depression versus anxiety in three prospective studies. *Cognitive therapy and research, 28,* 309-345.

Hankin, B. L., Fraley, R. C., & Abela, J. R. Z. (2005). Daily depression and cognitions about stress: Evidence for a traitlike depressogenic cognitive style and the prediction of depressive symptoms in a prospective daily diary study. *Journal of personality and social psychology, 88*, 673-685.

Hankin, B. L., Fraley, R. C., Lahey, B. B., & Waldman, I. D. (2005). Is depression best viewed as a continuum or discrete category? A taxometric analysis of childhood and adolescent depression in a population-based sample. *Journal of abnormal psychology, 114,* 1, 96-110.

Hankin, B. L., Lakdawalla, Z., Latchis Carter, I., Abela, J. R. Z., & Adams, P. (2007). Are neuroticism, cognitive vulnerabilities and self-esteem overlapping or distinct risks for depression? Evidence from exploratory and confirmatory factor analysis. *Journal of social and clinical psychology, 26,* 29-63.

Hanninen, V., & Aro, H. (1996). Sex differences in coping and depression among young adults. *Social science in medicine, 43,* 1453-1460.

Hardin, E.E., & Lakin, J. L. (2009). The integrated self-discrepancy index: a reliable and valid measure of self-discrepancies. *Journal of personality assessment, 91*, 3, 245-253.

Hardin, E. E., & Leong, F. T. L. (2005). Optimism and pessimism as mediators of the relations between self-discrepancies and distress among Asian and European Americans. *Journal of counseling psychology, 52*, 25-35.

Hardin, E. E., Weigold, I. K., Robitschek, C., & Nixon, A. E. (2007). Self-discrepancy and distress: The role of personal growth initiative. *Journal of counseling psychology, 54*, 1, 86-92.

Harrell, T. H., & Ryon, N. B. (1983). Cognitive-behavioral assessment of depression: Clinical validation of the automatic thoughts questionnaire. *Journal of consulting and clinical psychology, 51*, 721-725.

Harrington, R., Fudge, H., Rutter, M., Pickles, A., & Hill, J. (1990). Adult outcomes of childhood and adolescent depression: I. Psychiatric status. *Archives of general psychiatry, 47,* 465-473.

Harrow, M., Hansford, B. G., & Astrachan-Fletcher, E. B. (2009). Locus of control: Relation to schizophrenia, to recovery, and to depression and psychosis – A 15-year longitudinal study. *Psychiatry research, 168,* 186-192.

Hart, A. B., Craighead, W. E., & Craighead, L. W. (2001). Predicting recurrence of major depressive disorder in young adults: A prospective study. *Journal of abnormal psychology, 110,* 633-643.

Hart, H. L. A. (1968). *Punishment and responsibility: Essays in the philosophy of law*. New York: Oxford university press.

Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. New York: Guilford.

Harvey, M. D., & Rule, B. G. (1978). Moral evaluations and judgments of responsibility. *Personality and social psychology bulletin, 4*, 583-588.

Haslam, N., & Beck, A. T. (1994). Subtyping major depression: A taxometric analysis. *Journal of abnormal psychology, 103,* 686-692.

Heppen, J. B., & Ogilvie, D. (2003). Predicting affect from global self-discrepancies: The dual role of the undesired self. *Journal of social and clinical psychology, 22,* 347-368.

Hettema, J. M., Neale, M. C., Myers, J. M., Prescott, C. A., & Kendler, K. S. (2006). A population-based twin study of the relationship between neuroticism and internalizing disorders. *American journal of psychiatry, 163*, 857-864.

Hewitt, A. K., Foxcroft, D. R., & MacDonald, J. (2004). Multitrait-multimethod confirmatory factor analysis of the attributional style questionnaire. *Personality and individual differences, 37,* 1483-1491.

Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: a theory relating self and affect. *Psychological review, 94*, 319-340.

Higgins, E. T., Bond, R. N., Klein, R., & Strauman, T. (1986). Self-discrepancies and emotional vulnerability: how magnitude, accessibility, and type of discrepancy influence affect. *Journal of personality and social psychology, 51,* 5-15.

Higgins, E. T., Klein, R., & Strauman, T. (1985). Self-concept discrepancy theory: a psychological model for distinguishing among different aspects of depression and anxiety. *Social cognition, 3*, 51-76.

Hiroto, D. S., & Seligman, M. E. P. (1975). Generality of learned helplessness in man. *Journal of personality and social psychology, 31,* 311-327.

Hirschfeld, R. M. A., Klerman, G. L., Clayton, P. J., Keller, M. B., McDonald-Scott, P., & Larkin, B. H. (1983). Assessing personality: Effects of the depressive state on trait measurement. *American journal of psychiatry, 140*, 695-699.

Hirschy, A. J., & Morris, J. R. (2002). Individual differences in attributional style: The relational influence of self-efficacy, self-esteem, and sex role identity. *Personality and individual differences, 32*, 183-196.

Hjelle, L., Belongia, C., & Nesser, J. (1996). Psychometric properties of the Life Orientation Test and Attributional Style Questionnaire. *Psychological reports, 78,* 507-515.

Hoge, D. R., & McCarthy, J. D. (1983). Issues of validity and reliability in the use of real-ideal discrepancy scores to measure self-regard. *Journal of personality and social psychology, 44,* 1048-1055.

Hollon, S., & Kendall, P. (1980). Cognitive self-statements in depression : development of an automatic thougths questionnaire. *Cognitive therapy and research, 4*, 383-385.

Hollon, S., Kendall, P., & Lumry, A. (1986). Specificity of depressotypic cognitions in clinical depression. *Journal of abnormal psychology, 95,* 52-59.

Hong, R. Y., Gwee, K., & Karia, M. (2006). The role of event-specific pessimistic inferences in the etiological chain of hopelessness depression. *Personality and individual differences, 41*, 1119-1129.

Howarth, E., Johnson, J., Klerman, G., & Weissman, M. M. (1992). Depressive symptoms as relative and attributable risk factors for first-onset major depression. *Archives of general psychiatry, 49*, 817-823.

Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling, 6,* 1-55.

Huprich, S. K. (2003). Evaluating facet-level predictions and construct validity of depressive personality disorder. *Journal of personality disorders, 17*, 219-232.

Husky, M. M., Grondin, O. S., & Compagnone, P. D. (2004). Validation of the French translation of Beck's Sociotropy-Autonomy Scale. *Canadian journal of psychiatry, 49,* 12, 851-858.

Iacoviello, B. M., Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Whitehouse, W. G., & Hogan, M. E. (2006). The course of depression in individuals at high and low cognitive risk for depression: A prospective study. *Journal of affective disorders, 93*, 61-69.

Ickes, W. J., & Layden, M. A. (1978). Attributional styles. In J. H. Harvey, W. J. Ickes, & R. F. Kidd (Eds.), *New directions in attributional research* (Vol.2, pp. 119-152). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Ilardi, S. S., Craighead, W. E., & Evans, D. D. (1997). Modeling relapse in unipolar depression: The effects of dysfunctional cognitions and personality disorders. *Journal of consulting and clinical psychology, 65,* 381-389.

Ingram, R. E. (1984). Toward an information processing analysis of depression. *Cognitive therapy and research, 8,* 443-477.

Ingram, R. E., & Ritter, J. (2000). Vulnerability to depression: Cognitive reactivity and parental bonding in high-risk individuals. *Journal of abnormal psychology, 109*, 588-596.

Ingram, R. E., Atkinson, J. H., Slater, M. A., Saccuzzo, D. P., & Garfin, S. R. (1990). Negative and positive cognition in depressed and nondepressed chronic-pain patients. *Health psychology, 9*, 3, 300-314.

Jack, D. C. (1991). *Silencing the self: Women and depression*. Cambridge: Harvard University Press.

James, W. (1950). *The principles of psychology* (Vol. 2). New York: Dover. (Texte initial 1890).

Janoff-Bulman, R. (1979). Characterological versus behavioural self-blame: Inquiries into depression and rape. *Journal of personality and social psychology, 37,* 10, 1798-1809.

Janoff-Bulman, R. (1982). Esteem and control bases of blame: Adaptive strategies for victims versus observers. *Journal of personality, 50*, 180-191.

Janoff-Bulman, R., & Lang-Gunn, L. (1988). Coping with disease, crime, and accidents: The role of self-blame attributions. In L. Y. Abramson (Ed.)*, Social cognition and clinical psychology: A synthesis* (pp. 116-147). New York: The Guilford Press.

Janoff-Bulman, R., & Wortman, C. B. (1977). Attributions of blame and coping in the "real world": Severe accident victims react to their lot. *Journal of personality and social psychology, 35,* 5, 351-363.

Janoff-Bulman, R., Timko, C., & Carli, L. L. (1985). Cognitive biases in blaming the victim. *Journal of experimental social psychology, 21*, 161-177.

Jensen, M. P., & Karoly, P. (1991). Control beliefs, coping efforts, and adjustment to chronic pain. *Journal of consulting and clinical psychology, 59*, 431-438.

Jensen, M. P., Turner, J. A., & Romano, J. M. (2001). Changes in beliefs, catastrophizing, and coping are associated with improvement in multidisciplinary pain treatment. *Journal of consulting and clinical psychology, 69*, 655-662.

Jensen, M. P., Turner, J. A., & Romano, J. M. (2007). Changes after multidisciplinary pain treatment in patient pain beliefs and coping are associated with concurrent changes in patient functioning. *Pain, 131*, 38-47.

Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M., & Lawler, B. K. (1994). Relationship of pain-specific beliefs to chronic pain adjustment. *Pain, 57,* 301-309.

Johnson, J., Weissman, M. M., & Klerman, G. L. (1992). Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. *Journal of the American Medical Association, 267*, 1478-1483.

Johnson, J. G., & Miller, S. M. (1990). Attributional, life event, and affective predictors of onset of depression, anxiety and negative attributional style. *Cognitive therapy and research, 14,* 417-430.

Joiner, T. E. & Rudd, D. M. (1996). Toward a categorization of depression-related psychological constructs. *Cognitive therapy and research, 20,* 51-68.

Joiner, T. E., & Katz, J. (1999). Contagion of depressive symptoms and mood: Meta-analytic review and explanations from cognitive, behavioral, and interpersonal viewpoints. *Clinical psychology: Science and practice, 6,* 149-164.

Joiner, T. E., Metalsky, G. I., Lew, A., & Klocek, J. (1999). Testing the causal mediation component of Beck's theory of depression: Evidence for specific mediation. *Cognitive therapy and research, 23,* 401-412.

Jöreskog, K., & Sörbom, D. (1998). *LISREL 8. User's reference guide*. Chicago: Scientific Software International.

Judd, L. L., Akiskal, H. S., & Paulus, M. P. (1997). The role and clinical significance of subsyndromal depressive symptoms (SSD) in unipolar major depressive disorder. *Journal of affective disorders, 45*, 5-18.

Judd, L. L., Rapaport, M. H., Paulus, M. P., & Brown, J. L. (1994). Subsyndromal symptomatic depression: A new mood disorder? *Journal of clinical psychiatry, 55* (Suppl.), 18-28.

Judge, T. A., Erez, A., Bono, J. E., & Thoresen, C. J. (2002). Are measures of self-esteem, neuroticism, locus of control, and generalized self-efficacy indicators of a common core construct? *Journal of personality and social psychology, 83,* 693-710.

Juhel, J., & Rouxel, G. (2005). Effets du contexte d'évaluation sur les dimensions de la désirabilité sociale. *Psychologie du travail et des organisations, 11,* 59-68.

Kahneman, D., & Miller, D. T. (1986). Norm theory: Comparing reality to its alternatives. *Psychological review, 93*, 136-153.

Kahneman, D., & Tversky, A. (1982). The simulation heuristic. In D. Kahneman, P. Slovic, & A. Tversky (Eds.), *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases* (pp. 201-208). New York: Cambridge University Press.

Kane, M. T. (1992). An argument-based approach to validity. *Psychological bulletin, 112,* 527-535.

Kanfer, R., & Zeiss, A. M. (1983). Depression, interpersonal standard settings, and judgments of self-efficacy. *Journal of abnormal psychology, 92*, 319-329.

Karademas, E. C. (2006). Self-efficacy, social support and well-being: The mediating role of optimism. *Personality and individual differences, 40,* 1281-1290.

Karuza, J., Zevon, M. A., Gleason, T. A., Karuza, C. M., & Nash, L. (1990). Models of helping and coping, responsibility attributions, and well-being in community elderly and their helpers. *Psychology and aging, 5*, 194-208.

Kaufman, A. S. (1967). Moral and legal responsibility. In P. Edwards (Ed.*), The encyclopedia of philosophy* (Vol.7). New YorkMacmillan.

Kavanagh, D. J., & Wilson, P. H. (1989). Prediction of outcome with group cognitive therapy for depression. *Behavior research and therapy, 27,* 333-343.

Keinan, G., & Sivan, D. (2001). The effects of stress and desire for control on the formation of causal attributions. *Journal of research in personality, 35*, 127-137.

Kelley, H. H. (1971). *Attribution in social interaction*. Moristown, N.J.: General learning press.

Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.

Kendall, P. C., & Hollon, S. D. (1989). Anxious self talk: Development of the anxious self statement questionnaire. *Cognitive therapy and research, 13*, 81-93.

Kendall, P. C., Howard, B. L., & Hays, R. C. (1989). Self-referent speech and psychopathology: The balance of positive and negative thinking. *Cognitive therapy and research, 13*, 583-598.

Kendler, K. S., & Prescott, C. A. (1999). Population-based twin study of lifetime depression in men and women. *Archives of general psychiatry, 56,* 39-44.

Kendler, K. S., Eaves, L. J., Walters, E. E., Neale, M. C., Health, A. C., & Kessler, R. C. (1996). The identification and validation of distinct depressive syndromes in a population-based sample of female twins. *Archives of general psychiatry, 53,* 391-399.

Kendler, K. S., Gardner, C. O., Gatz, M., & Pedersen, N. L. (2007). The sources of co-morbidity between major depression and generalized anxiety disorder in a Swedish national twin sample. *Psychological medicine, 37*, 453-462.

Kendler, K. S., Gatz, M., Gardner, C. O., Pedersen, N. L. (2006). Personality and major depression: A Swedish longitudinal, population-based twin study. *Archives of general psychiatry, 63*, 1113-1120.

Kendler, K. S., Kuhn, J., & Prescott, C. A. (2004). The interrelationship of neuroticism, sex, and stressful life events in the prediction of episodes of major depression. *American journal of psychiatry, 161*, 631-636.

Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1993). A longitudinal twin study of personality and major depression in women. *Archives of general psychiatry, 50,* 853-862.

Kenny, D. T. (1956). The influence of social desirability on discrepancy measures between real self and ideal self. *Journal of consulting psychology, 20*, 4, 315-318.

Kernes, J. L., & McWhirter, J. J. (2001). Counselors' attribution of responsability, etiology, and counseling strategy. *Journal of counseling and development, 79*, 304-313.

Kernis, M. H. (2005). Measuring self-esteem in context: The importance of stability of self-esteem in psychological functioning. *Journal of personality, 73*, 6, 1569-1605.

Kernis, M. H., Whisenhunt, C. R., Waschull, S. B., Greenier, K. D., Berry, A. J., Herlocker, C. E., & Anderson, C. A. (1998). Multiple facets of self-esteem and their relations to depressive symptoms. *Personality and social psychology bulletin, 24,* 657-668.

Kessler, R. C., & McLeod, J. D. (1984). Sex differences in vulnerability to undesirable life events. *American sociological review, 49*, 620-631.

Klein, D. N. (1990). Symptom criteria and family history in depression. *American journal of psychiatry, 147*, 850-854.

Klein, D. N., Kotov, R., & Bufferd, S. J. (2011). Personality and depression: Explanatory models and review of the evidence. *Annual review of clinical psychology, 7*, 5.1-5.27.

Klein, M. (2004). *Deuil et depression*. Paris : Payot. (texte initial 1934/1940)

Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F. L., & Watson, D. (2010). Linking "Big" personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis. *Psychological bulletin, 136,* 768-821.

Krakow, K., Buhler, K. E., & Haltenhof, H. (1999). Coping with refractory epilepsy. *Seizure, 8,* 111-115.

Kranz, S., & Hammen, C. (1979). Assessment of cognitive bias in depression. *Journal of abnormal psychology, 88*, 611-619.

Kubzansky, L. D., Kubzansky, P. E., & Maselko, J. (2004). Optimism and pessimism in the context of health: Bipolar opposites or separate constructs? *Personality and social psychology bulletin, 30,* 8, 943-956.

Kuijer, R. G., & De Ridder, D. (2003). Discrepancy in illness-related goals and quality of life in chronically ill patients: The role of self-efficacy. *Psychology and health, 18*, 313-330.

Kunda, Z. (1987). Motivated inference: Self-serving generation and evaluation of causal theories. *Journal of personality and social psychology, 53,* 37-54.

Kupfer, D. J., First, M. B., & Regier, D. E. (2002). Introduction. In D. J. Kupfer, M. B. First, & D. E. Regier (Eds.), *A research agenda for DSM-V* (pp. xv-xxiii). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Kwon, S., & Oei, T. P. S. (1992). Differential causal roles of dysfunctional attitudes and automatic thoughts in depression. *Cognitive therapy and research, 16,* 309-328.

Laborde, P. R., & Seligman, M. (1983). Individual counselling with parents of handicapped children: Rationale and strategies. In M. Seligman (Ed.), *The family with a handicapped child: Understanding and treatment* (pp. 261-284). San Francisco: Harcourt brace Jovanovich.

Lafontana, K. M. (1996). A model of self-blame as the combination of affective and cognitive factors. *Dissertation Abstracts International Section B: The sciences and engineering, 56* (11-B), 6463.

Laird, C. G. (1999). *Webster's new world Roget's A-Z thesaurus.* New York: John Wiley & Son.

Lakdawalla, Z., & Hankin, B. L. (2008). Personality as a prospective vulnerability to dysphoric symptoms among college students: Proposed mechanisms. *Journal of psychopathology and behavioural assessment, 30*, 2, 121-131.

Lamberton, A., & Oei, T. P. S. (2008). A test of the cognitive content specificity hypothesis in depression and anxiety. *Journal of behaviour therapy and experimental psychiatry, 39*, 23-31.

Landine, J., & Stewart, J. (1998). Relationship between metacognition, motivation, locus of control, self-efficacy, and academic achievement. *Canadian journal of counselling, 32*, 200-212.

Lau, J. Y. F., & Eley, T. C. (2010). The genetics of mood disorders. *Annual review of clinical psychology, 6*, 6.1-6.25.

Lazaratou, H., Dikeos, D. G., Anagnostopoulos, D. C., & Soldatos, C.R. (2007). Depression and self-esteem in adolescence: a study of senior high school students in Greece. *European psychiatry, 22,* supplement 1, S235.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping.* New York: Springer.

Leary, M. E. (2005). Sociometer theory and the pursuit of relational value: Getting to the root of self-esteem. *European review of social psychology, 16*, 75-111.

Leonardelli, G. J., Lakin, J. L., & Arkin, R. M. (2007). A regulatory focus approach to the self-evaluation process. *Journal of experimental social psychology, 43*, 1002-1009.

Lesch, K. P., Greenberg, B. D., Higley, J. D., Bennett, A., & Murphy, D. L. (2002). Serotonin transporter, personality, and behaviour: Toward dissection of gene-gene and gene-environment interaction. In J. Benjamin, R. P. Ebstein, & R. H. Belmaker (Eds.), *Molecular genetics and the human personality* (pp. 109-135). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Lewinsohn, P. M., Allen, N. B., Seeley, J. R., & Gotlib, I. H. (1999). First onset versus recurrence of depression: Differential processes of psychosocial risk. *Journal of abnormal psychology, 108*, 483-489.

Lewinsohn, P. M., Hoberman, H. M., & Rosenbaum, M. (1988). A prospective study of risk factors for unipolar depression. *Journal of abnormal psychology, 97*, 251-264.

Lewinsohn, P. M., Joiner, T. E., & Rohde, P. (2001). Evaluation of cognitive diathesis-stress models in predicting major depressive disorder in adolescents. *Journal of abnormal psychology, 110*, 2, 203-215.

Lewinsohn, P. M., Steinmetz, J. L., Larsen, D. W., & Franklin, J. (1981). Depression-related cognitions: Antecedent or consequence? *Journal of abnormal psychology, 90,* 213-219.

Lewis, H. B. (1971). *Shame and guilt in neurosis*. New York: International Universities Press.

Lightsey, O. R., JR. (1997). Stress buffers and dysphoria: A prospective study. *The journal of cognitive psychotherapy, 11*, 263-277.

Lightsey, O. R., Jr., & Christopher, J. C. (1997). Stress buffers and dysphoria in a non-western population. *Journal of counseling and development, 75*, 451-459.

Lightsey, O. R., Jr., Burke, M., Ervin, A., Henderson, D., & Yee, C. (2006). Generalized self-efficacy, self-esteem, and negative affect. *Canadian journal of behavioural science, 38*, 1, 72-80.

Lilienfeld, S. O., Waldman, I. D., & Israel, A. C. (1994). A critical examination of the use of the term "comorbidity" in psychopathology research. *Clinical psychology: Science and practice, 1,* 71-83.

Litt, M. D. (1988). Self-efficacy and perceived control: Cognitive mediators of pain tolerance. *Journal of personality and social psychology, 54*, 1, 149-160.

Lo, C. S. L., Ho, S. M. Y., & Hollon, S. D. (2010). The effetcs of rumination and depressive symptoms on the prediction of negative attributional style among college students. *Cognitive therapy and research, 34*, 116-123.

Loas, G., Dhee-Perot, P., Chaperot, C., Fremaux, D., Gayant, C., & Boyer, P. (1998). Anhedonia, alexithymia and locus of control in unipolar major depressive disorders. *Psychopathology, 31*, 206-212.

Loewenthal, K., Goldblatt, V., Gorton, T., Lubitsch, G., Bicknell, H., Fellowes, D., & Sowden, A. (1995). Gender and depression in Anglo-Jewry. *Psychological medicine, 25,* 1051-1063.

Lôo, H., & Lôo, P. (2005). *La depression* (5ème ed.). Paris: Presse Universitaire de France.

Lucas, R. E., Diener, E., & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of personality and social psychology, 71*, 616-628.

Lynam, D. R. (2002). Psychopathy from the perspective of the five-factor model. In P. T. Costa & T. A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model* (2nd ed., pp. 325-348). Washington, DC: American Psychological Association.

Lyons, M. J., Eisen, S. A., Goldberg, J., True, W., Lin, N., Meyer, J. M., Toomey, R., Faraone, S. V., Merla-Ramos, M., Tsuang, M. T. (1998). A registry-based twin study of depression in men. *Archives of general psychiatry, 55,* 468-472.

Maddux, J. E., & Maier, L. J. (1995). Self-efficacy and depression. In J. E. Maddux (Ed.), *Self-efficacy, adaptation, and adjustment. Theory, research, and application* (pp. 143-169). New York: Plenum Press.

Maes, M. H., De Ruyter, M., Claes, R., & Suy, E. (1988). Self-rated depression in relation to DSM-III classification: A statistical isolinear multiple components analysis. *Acta psychiatrica scandinavica, 77*, 27-31.

Mahler, H. I. M., & Kulik, J. A. (2000). Optimism, pessimism and recovery from coronary bypass surgery: Prediction of affect, pain, and functional status. *Psychology, health & medicine, 5*, 4, 347-358.

Maier, S. F., Seligman, M. E. P., & Solomon, R. L. (1969). Pavlovian fear conditioning and learned helplessness. In B. A. Campbell & R. M. Church (Eds.), *Punishment.* New York: Appleton-Century-Crofts.

Major, B., Cozzarelli, C., Schiacchtiano, A. M., Cooper, M. L., Testa, M., & Mueller, P. M. (1990). Perceived social support, self-efficacy, and adjustment to abortion. *Journal of personality and social psychology, 59*, 452-463.

Makikangas, A., & Kinnunen, U. (2003). Psychosocial work stressors and well-being: Self-esteem and optimism as moderators in a one-year longitudinal sample. *Personality and individual differences, 35*, 537-557.

Makikangas, A., Kinnunen, U., & Feldt, T. (2004). Self-esteem, dispositional optimism, and health: Evidence from cross-lagged data on employees. *Journal of research in personality, 38*, 556-575.

Malcarne, V. L., Compas, B. E., Epping-Jordan, J. E., & Howell, D. C. (1995). Cognitive factors in adjustment to cancer: Attributions of self-blame and perceptions of control. *Journal of behavioural medicine, 18*, 401-417.

Mandel, D. R. (2010). Predicting blame assignment in a case of negligent harm. *Mind and society, 9*, 5-17.

Mandel, D. R., & Lehman, D. R. (1996). Counterfactual thinking and ascriptions of cause and preventability. *Journal of personality and social psychology, 71*, 450-463.

Manly, P. C., McMahon, R. J., Bradley, C. F., & Davidson, P. O. (1982). Depressive attributional style and depression following childbirth. *Journal of abnormal psychology, 91,* 245-254.

Manne, S., & Glassman, M. (2000). Perceived control, coping efficacy, and avoidance coping as mediators between spouses' unsupportive behaviors and cancer patients' psychological distress. *Health psychology, 19,* 155-164.

Mantler, J., Schellenberg, E. G., & Page, J. S. (2003). Attributions for serious illness: Are controllability, responsibility, and blame different constructs? *Canadian journal of behavioural science, 35*, 2, 142-152.

Markman, K. D., Gavanski, I., Sherman, S. J., & McMullen, M. N. (1993). The mental simulation of better and worse possible worlds. *Journal of experimental social psychology, 29*, 87-109.

Markon, K. F., Krueger, R. F., & Watson, D. (2005). Delineating the structure of normal and abnormal personality: An integrative hierarchical approach. *Journal of personality and social psychology, 88,* 139-157.

Marsh, H. W., Scalas, L. F., & Nagengast, B. (2010). Longitudinal tests of competing factors structures for the Rosenberg Self-Esteem Scale: Traits, ephemeral artifacts, and stable responses styles. *Psychological assessment, 22*, 2, 366-381.

Marshall, G. N., Wortman, C. B., Kusulas, J. W., Hervig, L. K., & Vickers, R. R. Jr. (1992). Distinguishing optimism from pessimism: Relations to fundamental dimensions of mood and personality. *Journal of personality and social psychology, 62*, 6, 1067-1074.

Martinez, E., Tatum, K. L., Glass, M., Bernath, A., Ferris, D., Reynolds, P., & Schnoll, R. A. (2010). Correlates of smoking cessation self-efficacy in a community sample of smokers. *Addictive behaviors, 35,* 2, 175-178.

Mausbach, B. T., Roepke, S. K., Depp, C. A., Patterson, T. L., & Grant, I. (2009). Specificity of cognitive and behavioral variables to positive and negative affect. *Behaviour research and therapy, 47,* 608-615.

McAuley, E., Duncan, T. E., & Russel, D. W. (1992). Measuring causal attributions: The revised causal dimension scale (CDS II). *Personality and social psychology bulletin, 18,* 566-573.

McCabe, S. B., Gotlib, I. H., & Martin, R. A. (2000). Cognitive vulnerability for depression: Deployment of attention as a function of history of depression and current mood state. *Cognitive therapy and research, 24,* 427-444.

McCallum, R. C., Browne, R. W., & Sugawara, H. M. (1996). Power analysis and determination of sample size for covariance structure modelling. *Psychological methods, 1*, 130-149.

McFarland, C., & Ross, M. (1982). Impact of causal attributions on affective reactions to success and failure. *Journal of personality and social psychology, 43*, 612-617.

McIntosh, C. N., & Fischer, D. G. (2000). Beck's cognitive triad: One versus three factors. *Canadian journal of behavioural science, 32*, 3, 153-157.

McKinnon, D. P. (2008). *Introduction to statistical mediation analysis*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.

McKinnon, D. P., Lockwood, C. M., & Williams, J. (2004). Confidence limits for the indirect effect: Distribution of the product and resampling methods. *Multivariate behavioural research in nursing and health, 39*, 99-128.

McKinnon, D. P., Lockwood, C. M., Hoffmann, J. M., West, S. G., & Sheets, V. (2002). A comparison of methods to test the significance of mediation and other intervening variable effects. *Psychological methods, 7*, 83-104.

McMullin, J. A., & Cairney, J. (2004). Self-esteem and the intersection of age, class, and gender. *Journal of aging studies, 18,* 75-90.

Messick, S. (1989). Validity. In R. L. Linn (Ed.), *Educational measurement* (3rd ed., pp. 13-103). New York: MacMillan.

Metalsky, G. I., & Joiner, T. E. (1992). Vulnerability to depressive symptomatology: A prospective test of the diathesis-stress and causal mediation components of the hopelessness theory of depression. *Journal of personality and social psychology, 63,* 4, 667-675.

Metalsky, G. I., Halberstadt, L. J. & Abramson, L. Y. (1987). Vulnerability to depressive mood reactions: Toward a more powerful test of the diathesis-stress and causal mediation components of the reformulated theory of depression. *Journal of Personality and Social Psychology, 52,* 386-393.

Metalsky, G. I., Joiner, T. E., Hardin, T. S., & Abramson, L. Y. (1993). Depressive reactions to failure in a naturalistic setting: A test of the hopelessness and self-esteem theories of depression. *Journal of abnormal psychology, 102*, 101-109.

Michlitsch, J. F., & Frankel, S. (1989). Helping orientations: Four dimensions. *Perceptual and motor skills, 69*, 1371-1378.

Miller, D. T., & Porter, C. A. (1983). Self-blame in victims of violence. *Journal of social issues, 39*, 2, 139-152.

Miller, D. T., & Turnbull, W. (1990). The counterfactual fallacy: Confusing what might have been with what ought to have been. *Social justice research, 4,* 1-19.

Miller, I. W., & Norman, W. H. (1986). Persistence of depressive cognitions within a subgroup of depressed inpatients. *Cognitive therapy and research, 10,* 2, 211-224.

Miller, I. W., Klee, S. H., & Norman, W. H. (1982). Depressed and nondepressed inpatients' cognitions of hypothetical events, experimental tasks, and stressful life events. *Journal of abnormal psychology, 91,* 78-81.

Miller, J. D., & Lynam, D. R. (2003). Psychopathy and the five-factor model of personality: A replication and extension. *Journal of personality assessment, 81,* 168-178.

Mineka, S., Pury, C. L., & Luten, A. G. (1995). Explanatory style and anxiety and depression. In G. M. Buchanan & M. E. P. Seligman (Eds.), *Explanatory style* (pp. 135-158). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Mineka, S., Watson, D., & Clark, L. A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual review of psychology, 49*, 377-412.

Minor, K. L., Champion, J. E., & Gotlib, I. H. (2005). Stability of DSM-IV criterion symptoms for major depressive disorder. *Journal of psychiatric research, 39*, 415-420.

Miranda, J., & Persons, J. B. (1988). Dysfunctional attitudes are mood-state dependent. *Journal of abnormal psychology, 97*, 76-79.

Miranda, J., Gross, J. J., Persons, J. B., & Hahn, J. (1998). Mood matters: Negative mood induction activates dysfunctional attitudes in women vulnerable to depression. *Cognitive therapy and research, 22*, 363-376.

Miranda, J., Persons, J. B., & Byers, C. (1990). Endorsement of dysfunctional beliefs depends on current mood state. *Journal of abnormal psychology, 99,* 237-241.

Misson, H., Mathieu, F., Jollant, F., Yon, L., Guillaume, S., Parmentier, C., Raust, A., Jaussent, I., Slama, F., Leboyer, M., Bellivier, F., & Courtet, P. (2010). *Journal of affective disorders, 121,* 80-87.

Mongrain, M., & Blackburn, S. (2005). Cognitive vulnerability, lifetime risk, and the recurrence of major depression in graduate students. *Cognitive therapy and research, 29*, 6, 747-768.

Moradi, B., & Hasan, N. T. (2004). Arab American persons' reported experiences of discrimination and mental health: The mediating role of personal control. *Journal of counseling psychology, 51,* 4, 418-428.

Moretti, M. M., & Higgins, E. T. (1990). Relating self-discrepancy to self-esteem: The contribution of discrepancy beyond actual-self ratings. *Journal of experimental social psychology, 26*, 108-123.

Moretti, M. M., & Higgins, E. T. (1999). Own versus other standpoints in self-regulation: Developmental antecedents and functional consequences. *Review of general psychology, 3,* 188-223.

Moretti, M. M., Rein, A. S., & Wiebe, V. J. (1998). Relational self-regulation: Gender differences in risk for dysphoria. *Canadian journal of behavioural science, 30,* 4, 243-252.

Moritz, S. E., Feltz, D. L., Fahrbach, K. R., & Mack, D. E. (2000). The relation of self-efficacy measures to sport performance. A meta-analytic review. *Research quarterly for exercise and sport, 71*, 280-294.

Morvan, Y., Prieto, A., Briffault, X., Blanchet, A., Dardennes, R., Rouillon, F., & Lamboy, B. (2007). La dépression : prévalence, facteurs associés et consommation de soins. In F. Beck, P. Guilbert, & A. Gautier (Dir.), *Baromètre santé 2005, attitudes et comportements de santé.* (p. 459-486). Saint-Denis : INPES.

Moscovitch, D. A., Hofmann, S. G., & Litz, B. T. (2005). The impact of self-construals on social anxiety: A gender-specific interaction. *Personality and individual differences, 38,* 659-672.

Moulton, J. M., Sweet, D. M., Temoshok, L., & Mandel, J. (1987). Attributions of blame and responsibility in relation to distress and health behaviour change in people with AIDS and AIDS-related complex. *Journal of applied social psychology, 17*, 493-506.

Mroczek, D. K., Spiro, A., Aldwin, C. M., Ozer, D. J., & Bosse, R. (1993). Construct validation of optimism and pessimism in older men: Findings from the normative aging study. *Health psychology, 12*, 5, 406-409.

Mueller, A., Hartmann, M., Mueller, K., & Eich W. (2003). Validation of the arthritis self-efficacy short-form scale in German fibromyalgia patients. *European journal of pain, 7*, 2, 163-171.

Mueller, P., & Major, B. (1989). Self-blame, self-efficacy, and adjustment to abortion. *Journal of personality and social psychology, 57,* 1059-1068.

Multon, K. D., Brown, S. D., & Lent, R. W. (1991). Relation of self-efficacy beliefs to academic outcomes: A meta-analytic investigation. *Journal of counseling psychology, 38*, 30-38.

Muris, P. (2002). Relationships between self-efficacy and symptoms of anxiety disorders and depression in normal adolescent sample. *Personality and individual differences, 32,* 2, 337-348.

Muris, P., Schmidt, H., Lambrichs, R., & Meesters, C. (2001). Protective and vulnerability factors of depression in normal adolescents. *Behaviour research and therapy, 39,* 555-565.

Mustafa, M. B., Nasir, R., & Yusooff, F. (2010). Parental support, personality, self-efficacy and depression among medical students. *Procedia social and behavioural sciences, 7*, C, 419-424.

Myers, D. G. (1997). *Psychologie*. Paris: Médecine-Sciences Flammarion.

Naragon-Gainey, K., Watson, D., & Markon, K. (2009). Differential relations of depression and social anxiety symptoms to the facets of extraversion/positive emotionality. *Journal of abnormal psychology, 118*, 299-310.

Needles, D. J., & Abramson, L. Y. (1990). Positive life events, attributional style, and hopelessness: Testing a model of recovery from depression. *Journal of abnormal psychology, 99,* 156-165.

Neiss, M. B., Stevenson, J., Legrand, L. N., Iacono, W. G., Sedikides, C. (2009). Self-esteem, negative emotionality, and depression as a common temperamental core: A study of mid-adolescent twin girls. *Journal of personality, 77,* 2, 327-346.

Newsom, J. T., Knapp, J. E., & Schulz, R. (1996). Longitudinal analysis of specific domains of internal control and depressive symptoms in patients with recurrent cancer. *Health psychology, 15*, 323-331.

Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological bulletin, 101*, 259-282.

Nolen-Hoeksema, S., & Girgus, J. S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological bulletin, 115*, 424-443.

Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J., & Fredrickson, B. L. (1993). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of abnormal psychology, 102,* 20-28.

Norman, W. H., Miller, I. W., & Dow, M. G. (1988). Characteristics of depressed patients with elevated levels of dysfunctional cognitions. *Cognitive therapy and research, 12*, 39-52.

Norman, W. H., Miller, I. W., & Keitner, G. I. (1989). Relationship between dysfunctional cognitions and depressive subtypes. *Canadian journal of psychiatry, 32*, 194-198.

O'Neill, M. L., & Kerig, P. K. (2000). Attributions of self-blame and perceived control as moderators of adjustment in battered women. *Journal of interpersonal violence, 15*, 10, 1036-1049.

Ochoa, L., Beck, A. T., & Steer, R. A. (1992). Gender differences in comorbid anxiety and mood disorder. *American journal of psychiatry, 149*, 1409-1410.

Ogilvie, D. M, Cohen, F., & Solomon, S. (2008). The undesired self: Death connotations. *Journal of Research in Personality, 43*, 564-576.

Ogilvie, D. M. (1987). The undesired self: a neglected variable in personality research. *Journal of personality and social psychology, 52*, 379-385.

Ogilvie, D. M., & Clark, M. D. (1992). The best and worst of it: Age and sex differences in self-discrepancy research. In R. P. Lipka & T. M. Brinthaupt (Eds.), *Self-perspectives across the lifespan*. Albany, NY: State University of New York Press.

Olinger, L. J., Kuiper, N. A., & Shaw, B. F. (1987). Dysfunctional attitudes and stressful life events: An interactive model of depression. *Cognitive therapy and research, 11,* 25-40.

Olino, T. M., Klein, D. N., Dyson, M. W., Rose, S. A., & Durbin, C. E. (2010). Temperamental emotionality in preschool-aged children and depressive disorders in parents: associations in a large community sample. *Journal of abnormal psychology, 119*, 468-478.

Olioff, M., & Aboud, F. E. (1991). Predicting postpartum dysphoria in primiparous mothers. Role of perceived parenting self-efficacy and self-esteem. *Journal of cognitive psychotherapy, 5,* 3-14.

Organisation Mondiale de la Santé. (1993). *CIM-10 : Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (10th ed., Vol. 1). Genève : OMS.

Ormel, J., Oldehinkel, A. J., & Vollebergh, W. (2004). Vulnerability before, during, and after a major depressive episode. *Archives of general psychiatry, 61,* 990-996.

Orth, U., Robins, R. W., & Meier, L. L. (2009a). Disentangling the effects of low self-esteem and stressful events on depression: findings from three longitudinal studies. *Journal of personality and social psychology, 97*, 2, 307-321.

Orth, U., Robins, R. W., & Roberts, B. W. (2008). Low self-esteem prospectively predicts depression in adolescence and young adulthood. *Journal of personality and social psychology, 95,* 695-708.

Orth, U., Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Maes, J., & Schmitt, M. (2009b). Low self-esteem is a risk factor for depressive symptoms from young adulthood to old age. *Journal of abnormal psychology, 118,* 3, 472-478.

Otto, M. W., Teachman, B. A., Cohen, L. S., Soares, C. N., Vitonis, A. F., & Harlow, B. L. (2007). Dysfunctional attitudes and episodes of major depression: Predictive validity and temporal stability in never-depressed, depressed, and recovered women. *Journal of abnormal psychology, 116,* 3, 475-483.

Overmier, J. B., & Seligman, M. E. P. (1967). *Effects of inescapable shock upon subsequent escape and avoidance learning*. Journal of comparative and physiological psychology, 63, 28-33.

Overton, P. G., Markland, F. E., Taggart, H. S., Bagshaw, G. L., & Simpson, J. (2008). Self-disgust mediates the relationship between dysfunctional cognitions and depressive symptomatology. *Emotion, 8,* 3, 379-385.

Owens, T. J. (1993). Accentuate the positive – and negative: rethinking the use of self-esteem, self-deprecation, and self-confidence. *Social psychology quaterly, 56*, 288-299.

Ozgul, S., Heubeck, B., Ward, J., & Wilkinson, R. (2003). Self-discrepancies: measurement and relation to various negative affective states. *Australian journal of psychology, 55*, 1, 56-62.

Panzarella, C., Alloy, L. B., & Whitehouse, W. G. (2006). Expanded hopelessness theory of depression: On the mechanisms by which social support protects against depression. *Cognitive therapy and research, 30*, 307-333.

Paquet, Y. (2006). Relation entre locus of control, désir de contrôle et anxiété. *Journal de thérapie comportementale et cognitive, 16,* 3, 97-102.

Paquet, Y. (2009). *Psychologie du contrôle : Théories et applications*. Bruxelles : De Boeck.

Parker, G. B., & Brotchie, H. L. (2004). From diathesis to dimorphism: The biology of gender differences in depression. *Journal of nervous and mental disease, 192*, 210-216.

Parker, L. E. (1993). When to fix it and when to leave : Relationships among perceived control, self-efficacy, dissent, and exit. *Journal of applied psychology, 78*, 6, 949-959.

Pasahow, R. J. (1980). The relation between an attributional dimension and learned helplessness. *Journal of abnormal psychology, 89*, 358-367.

Pavot, W., Fujita, F., & Diener, E. (1997). The relations between self-aspect congruence, personality, and subjective well-being. *Personality and individual differences, 22*, 2, 183-191.

Paykel, E. S., Ramana, R., Cooper, Z., Hayhurst, H., Kerr, J., & Barocka, A. (1995). Residual symptoms after partial remission: An important outcome in depression. *Psychological medicine, 25*, 1171-1180.

Pelissolo, A. (2011). Balance émotionnelle dans les troubles anxieux et dépressifs. *Annales médico-psychologiques, 169*, 124-127.

Pelkonen, M. (2003). Risk for depression: a 6-year follow-up of Finnish adolescents. *Journal of affective disorders, 77*, 41-51.

Pervin, L. A., & John, O. P. (2004). *La personnalité: De la théorie à la recherche*. Bruxelles : De Boeck University.

Peterson, C. (1979). Uncontrollability and self-blame in depression: Investigation of the paradox in a college population. *Journal of abnormal psychology, 88,* 6, 620-624.

Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychological review, 91*, 347-374.

Peterson, C., & Vaidya, R. S. (2001). Explanatory style, expectations, and depressive symptoms. *Personality and individual differences, 31,* 1217-1223.

Peterson, C., Schwartz, S. M., & Seligman, M. E. P. (1981). Self-blame and depressive symptoms. *Journal of personality and social psychology, 41,* 2, 253-259.

Peterson, C., Semmel, A., Von Baeyer, C., Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Seligman, M. E. P. (1982). The attributional style questionnaire. *Cognitive therapy and research, 6*, 287-300.

Phillips, A. G., & Silvia, P. J. (2005). Self-awareness and the emotional consequences of self-discrepancies. *Personality and social psychology bulletin, 31,* 703-713.

Phillips, A. G., & Silvia, P. J. (2010). Individual differences in self-discrepancies and emotional experience: Do distinct discrepancies predict distinct emotions? *Personality and individual differences, 49*, 148-151.

Piaget, J. (1964). *Six études de psychologie*. Genève : Gonthier.

Piccinelli, M. (2000). Gender differences in depression: a critical review. *British journal of psychiatry, 177,* 486-492.

Pillow, D. R., West, S. G., & Reich, J. W. (1991). Attributional style in relation to self-esteem and depression: Mediational and interactive models. *Journal of research in personality, 25*, 57-69.

Pizarro, D., Uhlmann, E., & Salovey, P. (2003). Asymetry in judgments of moral blame and praise: the role of perceived metadesires. *Psychological science, 14,* 267-272.

Plomin, R., DeFries, J. C., McLearn, G. E., & McGuffin, P. (2008). *Behavioral genetics.* New York: Worth Books.

Plomin, R., Scheier, M. F., Bergeman, C. S., Pedersen, N. L., Nesselroade, J. R., & McClearn, G. E. (1992). Optimism, pessimism and mental health: A twin/adoption analysis. *Personality and individual differences, 13*, 8, 921-930.

Poon, W-T., & Lau, S. (1999). Coping with failure: Relationship with self-concept discrepancy and attributional style. *The journal of social psychology, 139,* 5, 639-653.

Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior research methods, 40,* 879-891.

Prenoveau, J. M., Zinbarg, R. E., Craske, M. G., Mineka, S., Griffith, J. W., & Epstein, A. M. (2010). Testing a hierarchical model of anxiety and depression in adolescents: A tri-level model. *Journal of anxiety disorders, 24*, 334-344.

Prentice, D. A., & Carranza, E. (2002). What women and men should be, shouldn't be, are allowed to be, and don't have to be: The contents of prescriptive gender stereotypes. *Psychology of women quaterly, 26,* 269-281.

Prisciandaro, J. J., & Roberts, J. E. (2005). A taxometric investigation of unipolar depression in the National Comorbidity Survey. *Journal of abnormal psychology, 114*, 4, 718-728.

Quilty, L. C., Oakman, J. M., & Risko, E. (2006). Correlates of the Rosenberg Self-Esteem Scale method effects. *Structural equation modeling, 13*, 1, 99-117.

Ralph, J. A., & Mineka, S. (1998). Attributional style and self-esteem: The prediction of emotional distress following a midterm exam. *Journal of abnormal psychology, 107*, 2, 203-215.

Razavi, D., Delvaux, N., Farvacques, C., *&* Robaye, E. (1989). Validation de la version française du HADS dans une population de patients cancéreux hospitalisés. *Revue de psychologie appliquée, 39,* 295-307.

Reed, G. S., Taylor, S. E., & Kemeny, M. E. (1993). Perceived control and psychological adjustment in gay men with AIDS. *Journal of applied social psychology, 23,* 791-824.

Reed, P., & Antonova, M. (2007). Interference with judgments of control and attentional shift as a result of prior exposure to controllable and uncontrollable feedback. *Learning and motivation, 38*, 229-241.

Reid, A., & Deaux K. (1996). Relationship between social and personal identities: Segregation or integration? *Journal of personality and social psychology, 71,* 6, 1084-1091.

Rice, K. G., Ashby, J. S., & Slaney, R. B. (1998). Self-esteem as a mediator between perfectionism and depression: A structural equations analysis. *Journal of counseling psychology, 45*, 304-314.

Richter, J., Polak, T., & Eisemann, M. (2003). Depressive mood and personality in terms of temperament and character among the normal population and depressive inpatients. *Personality and individual differences, 35*, 917-927.

Riskind, J. H., & Rholes, W. S. (1984). Cognitive accessibility and capacity of cognitions to predict future depression: A theoretical note. *Cognitive therapy and research, 8,* 1-12.

Rizley, R. (1978). Depression and distorsion in the attribution of causality. *Journal of abnormal psychology, 87*, 32-48.

Roberts, J. E., & Kassel, J. D. (1996). Mood state dependence in cognitive vulnerability to depression: The roles of positive and negative affect. *Cognitive therapy and research, 20,* 1-12.

Roberts, J. E., & Kassel, J. D. (1997). Labile self-esteem, life stress, and depressive symptoms: Prospective data testing a model of vulnerability. *Cognitive therapy and research, 21,* 569-589.

Roberts, J. E., & Monroe, S. M. (1994). A multidimensional model of self-esteem in depression. *Clinical psychology review, 14*, 3, 161-181.

Roberts, J. E., Gotlib, I. H., & Kassel, J. D. (1996). Adult attachment security and symptoms of depression: The mediating roles of dysfunctional attitudes and low self-esteem. *Journal of personality and social psychology, 70*, 310-320.

Roberts, S. B., & Kendler, K. S. (1999). Neuroticism and self-esteem as indices of the vulnerability to major depression in women. *Psychological medicine, 29*, 1101-1109.

Robins, C. J., & Block, P. (1989). Cognitive theories of depression viewed from a diathesis-stress perspective: Evaluations of the models of Beck and of Abramson, Seligman, and Teasdale. *Cognitive therapy and research, 13,* 297-313.

Robins, C. J., Block, P., & Peselow, E. D. (1990). Endogenous and nonendogenous depressions: Relations to life events, dysfunctional attitudes and event perceptions. *British journal of clinical psychology, 29*, 201-207.

Robinson, N. S., Garber, J., & Hilsman, R. (1995). Cognitions and stress: Direct and moderating effects on depressive versus externalizing symptoms during the junior high school transition. *Journal of abnormal psychology, 104*, 3, 453-463.

Robinson-Whelen, S., Kim, C.,MacCallum, R. C., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1997). Distinguishing optimism from pessimism in older adults: It is more important to be optimistic or not to be pessimistic? *Journal of personality and social psychology, 73*, 6, 1345-1353.

Roesch, S. C., & Weiner, B. (2001). A meta-analytic review of coping with illness. Do causal attributions matter? *Journal of psychosomatic research, 50,* 205-219.

Roese, N. J. (1994). The functional basis of counterfactual thinking. *Journal of personality and social psychology, 66,* 5, 805-818.

Rogers, C. (1951). *Client-centered therapy.* Boston: Houghton Mifflin.

Rose, D. T., Abramson, L. Y., Hodulik, C. J., Halberstadt, L., & Leff, G. (1994). Heterogeneity of cognitive style among depressed inpatients. *Journal of abnormal psychology, 103,* 419-429.

Roseman, I. J., & Evdokas, A. (2004). Appraisals cause experienced emotions: experimental evidence. *Cognition and emotion, 18*, 1-28.

Rosenbaum, M., & Hadari, D. (1985). Personal efficacy, external locus of control, and perceived contingency of parental reinforcement among depressed, paranoid, and normal subjects. *Journal of personality and social psychology, 49*, 539-547.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self.* New York: Basic Books.

Rosenberg, M. (1985). Self-concept and psychological well-being in adolescence. In R. L. Leahy (Ed.), *The development of the self* (pp. 205-246). Orlando, FL: Academic press.

Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent self-image*. Revised edition. Middletown, CT: Wesleyan University Press.

Rosenfield, S. (1999). Splitting the difference: Gender, the self, and mental health. In C. S. Aneshensel & J. C. Phelan (Eds.), *Handbook of the sociology of mental health* (pp. 209-224). New York: Kluwer academic.

Ross, S. M., Gottfredson, D. K., Christensen, P., & Weaver, R. (1986). Cognitive self-statements in depression: Findings across clinical populations. *Cognitive therapy and research, 10,* 159-166.

Rossier, J., Rigozzi, C., & Berthoud, S. (2002). Validation de la version française de l'échelle de contrôle de Levenson (IPC), influence de variables démographiques et de la personnalité. *Annales médico-psychologiques, 160*, 138-148.

Roth, D. L., Snyder, C. R., & Pace, L. M. (1986). Dimensions of favourable self-presentation. *Journal of personality and social psychology, 51,* 4867-4874.

Roth, S., & Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American psychologist, 41,* 813-819.

Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for iternal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs, 80*, 1, 1-28.

Rotter, J. B. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external reinforcement. *Journal of consulting and clinical psychology, 43*, 56-67.

Ruscio, J., & Ruscio, A. M. (2000). Informing the continuity controversy: A taxometric analysis of depression. *Journal of abnormal psychology, 109*, 473-487.

Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M., & Hollon, S. D. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive therapy and research, 1,* 17-37.

Rush, A. J., Kovacs, M., Beck, A. T., Weissenburger, J., & Hollon, S. D. (1981). Differential effects of cognitive therapy and pharmacotherapy on depressive symptoms. *Journal of affective disorders, 3,* 221-229.

Rush, A. J., Weissenburger, J., & Eaves, G. (1986). Do thinking patterns predict depressive symptoms? *Cognitive therapy and research, 10*, 225-236.

Russell, D. (1982). The Causal Dimension Scale: A measure of how individuals perceive causes. *Journal of personality and social psychology, 42*, 1137-1145.

Sakamoto, S. (2000). Self-focus and depression: The three-phase model. *Behavioural and cognitive psychotherapy, 28*, 45-61.

Sanjuan, P., & Magallares, A. (2008). Coping strategies as link between optimistic explanatory styles and well-being. In T. Freire (Ed.), *Understanding positive life. Research and practice on positive psychology* (pp.169-182). Lisbon: Climepsi Editores.

Sanjuan, P., & Magallares, A. (2009). A longitudinal study of the negative explanatory style and attributions of uncontrollability as predictors of depressive symptoms. *Personality and individual differences, 46,* 714-718.

Sanjuan, P., Pérez Garcia, A., Ruiz, M. A., & Rueda, B. (2008). Interactive effects of attributional styles for positive and negative events on psychological distress. *Personality and individual differences, 45*, 187-190.

Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1982). Cognition, affect, and self-regulation. In M. S. Clark & S. T. Fiske (Eds.), *Affect and cognition* (pp. 157-183). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health psychology, 4*, 3, 219-247.

Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the life orientation test. *Journal of personality and social psychology, 67*, 1063-1078.

Scheier, M. F., Weintraub, J. K., & Carver, C. S. (1986). Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of personality and social psychology, 51*, 6, 1257-1264.

Scher, C. D., Ingram, R. E., & Segal, Z. V. (2005). Cognitive reactivity and vulnerability: Empirical evaluation of construct activation and cognitive diatheses in unipolar depression. *Clinical psychology review, 25*, 487-510.

Schlenker, B. R., Britt, T. W., Pennington, J., Murphy, R., & Doherty, K. (1994). The triangle model of responsability. *Psychological review, 101*, 632-652.

Schmitt, D. P., & Allik, J. (2005). Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 nations: Exploring the universal and cultural-specific features of global self-esteem. *Journal of personality and social psychology, 89*, 4, 623-642.

Schmitz, N., Kugler, J., & Rollnik, J. (2003). On the relation between neuroticism, self-esteem, and depression: Results from the national comorbidity survey. *Comprehensive psychiatry, 44*, 3, 169-176.

Scholz, U., Dona, B. G., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002). Is General Self-Efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European journal of psychological assessment, 19,* 3, 242-251.

Schroeder, M. L., Wormworth, J. A., & Livesley, W. J. (1992). Dimensions of personality disorder and their relationship to the Big Five dimensions of personality. *Psychological assessment, 4*, 47-53.

Schulz, U., & Mohamed, N. E. (2004). Turning the tide: Benefit finding after cancer. *Social science & medicine, 59*, 653-662.

Schwartz, R. M. & Garamoni, G. L. (1986). A structural model of positive and negative states of mind: Asymmetry in the internal dialogue. In P. C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (Vol. 5, pp. 1-62). New York: Academic Press.

Schwartz, S. (1991). Women and depression: A Durkheimian perspective. *Social science and medicine, 32*, 127-140.

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs (*pp. 35-37). Windsor, England: NFER-NELSON.

Schwarzer, R., Baβler, J., Kwiatek, P., Schroder, K., & Zhang, J. X. (1997). The assessment of optimistic self-beliefs: Comparison of the German, Spanish, and Chinese versions of the General Self-Efficacy Scale. *Applied psychology: An international review, 46*, 1, 69-88.

Schwarzer, R., Boehmer, S., Luszczynska, A., Mohamed, N. E., & Knoll, N. (2005). Dispositional self-efficacy as a personal resource factor in coping after surgery. *Personality and individual differences, 39*, 807-818.

Scott, J., Williams, J. M. G., Brittlebank, A., & Ferrier, I. N. (1995). The relationship between premorbid neuroticism, cognitive dysfunction and persistence of depression: A 1-year follow-up. *Journal of affective disorders, 33,* 167-172.

Segal, Z. V. (1988). Appraisal of the self-schema construct in cognitive models of depression. *Psychological bulletin, 103*, 147-162.

Segal, Z. V., & Dobson, K. S. (1992). Cognitive models of depression: Report from a consensus development conference. *Psychological inquiry, 3,* 219-224.

Segal, Z. V., & Ingram, R. E. (1994). Mood priming and construct activation in tests of cognitive vulnerability to unipolar depression. *Clinical psychology review, 14*, 663-695.

Segal, Z. V., Gemar, M. C., & Williams, S. (1999). Differential cognitive response to a mood challenge following successful cognitive therapy or pharmacotherapy for unipolar depression. *Journal of abnormal psychology, 108*, 3-10.

Segal, Z. V., Hood, J. E., & Higgins, E. T. (1988). A structural analysis of the self-schema construct in major depression. *Cognitive therapy and research, 12*, 471-485.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse.* New York: Guilford.

Seidlitz, L., & Diener, E. (1998). Sex differences in the recall of affective experiences. *Journal of personality and social psychology, 74,* 262-271.

Seligman, M. E. P. (1974). Depression and learned helplessness. In R. J. Friedman & M. M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 83-113). Washington D.C.: Winston-Wiley.

Seligman, M. E. P. (1975). *Learned helplessness: On depression, development and death*. San Francisco: Freeman.

Seligman, M. E. P. (1990). *Learned optimism*. New York: Knopf.

Seligman, M. E. P., & Maier, S. F. (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of experimental psychology, 74*, 1-9.

Seligman, M. E. P., Abramson, L. Y., Semmel, A., & Von Baeyer, C. (1979). Depressive attributional style. *Journal of abnormal psychology, 88*, 3, 242-247.

Shah, J. (2003). The motivational looking glass : How significant others implicitly affect goals appraisals. *Journal of personality and social psychology, 85*, 424-439.

Shah, J., Higgins, E. T., & Friedman, R. S. (1998). Performance incentives and means: how regulatory focus influences goal attainment. *Journal of personality and social psychology, 74,* 285-293.

Shahar, G., & Davidson, L. (2003). Depressive symptoms erode self-esteem in severe mental illness: A three-wave, cross-lagged study. *Journal of consulting and clinical psychology, 71,* 890-900.

Shapiro, A. M., Roberts, J. E., & Beck., J. G. (1999). Differentiating symptoms of anxiety and depression in older adults: Distinct cognitive and affective profiles? *Cognitive therapy and research, 23*, 53-74.

Shapka, J. D., & Keating, D. P. (2005). Structure and change in self-concept during adolescence. *Canadian journal of behavioural science, 37,* 2, 83-96.

Shaver, K. G. (1985). *The attribution of blame: Causality, responsibility, and blameworthiness*. New York: Springer-Verlag.

Shaver, K. G., & Drown, D. (1986). On causality, responsibility, and self-blame: A theoretical note. *Journal of personality and social psychology, 50*, 697-702.

Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The Self-efficacy Scale: Construction and validation. *Psychological reports, 51*, 663-671.

Shnek, Z. M., Irvine, J., Stewart, D., & Abbey, S. (2001). Psychological factors and depressive symptoms in ischemic heart disease. *Health psychology, 20*, 141-145.

Shultz, T. R., & Schleifer, M. (1983). Towards a refinement of attribution concepts. In J. Jaspars, F. D. Fincham, & M. Hewstone (Eds.), *Attribution theory and research: conceptual, developmental and social dimensions* (pp. 37-62). London: Academic press.

Silber, E., & Tippett, J. S. (1965). Self-esteem: clinical assessment ans measurement validation. *Psychological reports, 16*, 1017-1071.

Skinner, E. A. (1995). *Perceived control, motivation, and coping.* Newby Park, CA: Sage publications.

Skinner, E. A. (1996). A guide to constructs of control. *Journal of personality and social psychology, 71*, 549-570.

Skodol, A. E., Schwartz, S., Dohrenwend, B. P., Levav, I., & Shrout, P. E. (1994). Minor depression in a cohort of young adults in Israel. *Archives of general psychiatry, 51*, 542-551.

Smith, R. E. (1989). Effects of coping skills training on generalized self-efficacy and locus of control. *Journal of personality and social psychology, 56*, 228-233.

Solomon, A., Haaga, D. A. F., Brody, C., Kirk, L., & Friedman, D. G. (1998). Priming irrational beliefs in recovered-depressed people. *Journal of abnormal psychology, 107,* 440-449.

Southall, D., & Roberts, J. E. (2002). Attributional style and self-esteem in vulnerability to adolescent depressive symptoms following life stress: A 14-week prospective study. *Cognitive therapy and research, 26*, 5, 563-579.

Space, L. G., & Cromwell, R. L. (1980). Personal constructs among depressed patients. *Journal of nervous and mental disease, 168,* 150-158.

Spangler, D. L., & Burns, D. D. (1999). Are dysfunctional attitudes and attributional style the same or different? *Behavior therapy, 30*, 239-252.

Spangler, D. L., Simons, A. D., Monroe, S. M., & Thase, M. E. (1997). Comparison of cognitive models of depression: Relationships between cognitive constructs and cognitive diathesis-stress match. *Journal of abnormal psychology, 106,* 395-403.

Spitz, R. A. (1946). Hospitalism; A follow-up report on investigation described in volume 1, 1945. *The psychoanalytic study of the child, 2*, 113-117.

Sprock, J., & Yoder, C. Y. (1997). Women and depression: An update on the report of the APA Task Force. *Sex roles, 36,* 268-303.

Stajkovic, A. D., & Luthans, F. (1998). Self-efficacy and work-related performance. A meta-analysis. *Psychological bulletin, 124,* 240-261.

Steger, M. F., & Kashdan, T. B. (2009). Depression and everyday social activity, belonging, and well-being. *Journal of counseling psychology, 56,* 289-300.

Stepleman, L. M., Darcy, M. U. A., & Tracey, T. J. G. (2005). Helping and coping attributions: Development of the Attribution of Problem Cause and Solution Scale. *Educational and psychological measurement, 65*, 3, 1-18.

Stets, J. E., & Carter, M. J. (2011). The moral self: Applying identity theory. *Social psychology quaterly, 74*, 2, 192-215.

Stoltz, R. J., & Galassi, J. P. (1989). Internal attributions and types of depression in college students: the learned helplessness model revisited. *Journal of counselling psychology, 36,* 316-321.

Strauman, T. J. (1990). Self-guides and emotionally significant childhood memories: a study of retrieval efficiency and incidental negative emotional content. *Journal of personality and social psychology, 59,* 869-880.

Strauman, T. J. (1992). Self-guides, autobiographical memory, and anxiety and dysphoria: toward a cognitive model of vulnerability to emotional distress. *Journal of abnormal psychology, 101,* 87-95.

Strauman, T. J. (1996). Stability within the self: A longitudinal study of the structural implications of self-discrepancy theory. *Journal of personality and social psychology, 71,* 6, 1142-1153.

Strauman, T. J., & Higgins, E. T. (1987). Automatic activation of self-discrepancies and emotional syndromes: when cognitive structures influence affect. *Journal of personality and social psychology, 53,* 1004-1014.

Strauman, T. J., Higgins, E. T. (1988). Self-discrepancies as predictors of vulnerability to distinct syndromes of chronic emotional distress. *Journal of personality, 56*, 685-707.

Stryker, S. (1980). *Symbolic interactionism: A social structural version*. Menlo Park, CA: Benjamin Cummings.

Stryker, S., & Burke, P. J. (2000). The past, present, and future of an identity theory. *Social psychology quaterly, 63,* 4, 284-297.

Swann, W. B., Jr., Chang-Schneider, C., & McClarty, K. L. (2007). Do people's self-views matter? Self-concept and self-esteem in everyday life. *American psychologist, 62,* 2, 84-94.

Sweeney, P. D., Anderson, K., & Bailey, S. (1986). Attributional style in depression: A meta-analytic review. *Journal of personality and social psychology, 50*, 974-991.

Swendsen, J. D. (1997). Anxiety, depression, and their comorbidity: An experience sampling test of the helplessness-hopelessness theory. *Cognitive therapy and research, 21,* 1, 97-114.

Swendsen, J. D., & Blatier, C. (1998). Styles cognitifs et attributionnels dépressogènes: validation d'un questionnaire traduit en langue française. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, *1,* 89-97.

Symister, P., & Friend, R. (2003). The influence of social support and problematic support on optimism and depression in chronic illness: a prospective study evaluating self-esteem as a mediator. *Health psychology, 22,* 123-129.

Tabachnik, N., & Alloy, L. B. (1988). Clinician and patient as aberrant actuaries: Expectation-based distortions in assessment of covariation. In L. Y. Abramson (Ed.), *Social cognition and clinical psychology: A synthesis* (pp. 295-365). New York: Guilford Press.

Tackett, J. L., & Krueger, R. F. (2005). Interpreting personality as a vulnerability for psychopathology: A developmental approach to the personality-psychopathology relationship. In B. L. Hankin & J. R. Z. Abela (Eds.), *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective* (pp. 199-214). Thousand Oaks, CA, USA: Sage.

Tait, R. C., & Chibnall, J. T. (1997). Development of a brief version of the survey of pain attitudes. *Pain, 70*, 229-235.

Talaei, A., & Ardani, A. R. (2010). Depression and its correlation with self-esteem and social support among Iranian university students. *European psychiatry, 25*, supplement 1, 1453.

Talepasand, S., Alijani, F., & Rezaie, A. (2010). Exploring factor structure of the dysfunctional attitudes scale. *Procedia social and behavioural sciences, 5,* 1400-1408.

Taylor, S. E., & Armor, D. A. (1996). Positive illusions and coping with adversity. *Journal of personality, 64*, 873-898.

Taylor, S. E., & Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: a social psychological perspective on mental health. *Psychological bulletin, 103*, 193-210.

Taylor, S. E., & Schneider, S. K. (1989). Coping and the simulation of events. *Social cognition, 7,* 174-194.

Taylor, S. E., Lichtman, R. R., & Wood, J. V. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of personality and social psychology, 46,* 489-502.

Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of consulting and clinical psychology, 70,* 275-287.

Tellegen, A. (1985). Structure of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report. In A. H. Tuman & J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp.681-706). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Tennant, C. (1988). Parental loss in childhood: Its effect in adult life. *Archives of general psychiatry, 45*, 1045-1050.

Tennen, H., & Herzberger, S. (1987). Depression, self-esteem, and the absence of self-protective attributional biases. *Journal of personality and social psychology, 52*, 1, 72-80.

Tennen, H., Affleck, G., & Gershman, K. (1986). Self-blame among parents of infants with perinatal complications: The role of self-protective motives. *Journal of personality and social psychology, 50*, 690-696.

Tennen, H., Herzberger, S., & Nelson, H. F. (1987). Depressive attributional style: The role of self-esteem. *Journal of personality, 55*, 4, 631-660.

Terry, D., & Hynes, G. (1998). Adjustment to a low control situation: Reexamining the role of coping responses. *Journal of personality and social psychology, 74*, 1078-1092.

Thompson, S. C., Nanni, C., & Levine, A. (1994). Primary versus secondary and central versus consequence-related control in HIV-positive men. *Journal of personality and social psychology, 67*, 540-547.

Thompson, S. C., Sobolew-Shubin, A., Galbraith, M. E., Schwankovsky, L., & Cruzen, D. (1993). Maintaining perceptions of control: Finding perceived control in low-control circumstances. *Journal of personality and social psychology, 64*, 293-304.

Timbremont, B., & Braet, C. (2004). Cognitive vulnerability in remitted depressed children and adolescents. *Behaviour research and therapy, 42,* 423-437.

Timko, C., & Janoff-Bulman, R. (1985). Attributions, vulnerability, and psychological adjustment: The case of breast cancer. *Health psychology, 4*, 6, 521-544.

Torkzadeh, G., Koufteros, X., & Pflughoeft, K. (2003). Confirmatory analysis of a computer self-efficacy instrument. *Structural equation modeling, 10*, 263-275.

Tournois, J., Mesnil, F., & Kop, J.-L. (2000). Autoduperie et hétéroduperie : un instrument de mesure de la désirabilité sociale. *Revue européenne de psychologie appliquée, 50*, 219-232.

Tracey, T. J. (1988). Relationship of responsibility attribution congruence to psychotherapy outcome. *Journal of social and clinical psychology, 7,* 131-146.

Trafimow, D., Triandis, H. C., & Goto, S. G. (1991). Some tests of the distinction between private self and collective self. *Journal of personality and social psychology, 60*, 649-655.

Tram, J. M., & Cole, D. A. (2001). Self-perceived competence and the relation between life events and depressive symptoms in adolescence: mediator or moderator? *Journal of abnormal psychology, 109*, 753-760.

Trope, Y., Gervey, B., & Bolger, N. (2003). The role of perceived control in overcoming defensive self-evaluation. *Journal of experimental social psychology, 39*, 407-419.

Trottier, C., Mageau, G., Trudel, P., & Halliwell, W. R. (2008). Validation de la version canadienne-française du Life Orientation Test–Revised. *Canadian Journal of Behavioural Science, 40*, 238–243.

Trull, T. J., & Durrett, C. A. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annual review of clinical psychology, 1*, 355-380.

Trull, T. J., Widiger, T. A., Lynam, D. R., & Costa, P. T. (2003). Borderline personality disorder from the perspective of general personality functioning. *Journal of abnormal psychology, 112,* 193-202.

Trzesniewski, K. H., Donnellan, M. B., Moffitt, T. E., Robins, R. W., Poulton, R., & Caspi, A. (2006). Low self-esteem during adolescence predicts poor health, criminal behaviour, and limited economic prospects during adulthood. *Developmental psychology, 42,* 381-390.

Turner, J. C., Hogg, M. A., Oakes, P. J., Reicher, S. D., & Wetherell, M. S. (1987). *Rediscovering the social group: A self-categorization theory.* Oxford, England: Basil Blackwell.

Turnquist, D. C., Harvey, J. H., & Andersen, B. L. (1988). Attributions and adjustment to life-threatening illness. *British journal of clinical psychology, 27*, 55-65.

Tversky, A., & Kahneman, D. (1974). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. *Science, New series, 185*, 4157, 1124-1131.

Tyrer, P., Seivewright, H., & Johnson, T. (2003). The core elements of neurosis: Mixed anxiety-depression (cothymia) and personality disorder. *Journal of personality disorders, 17,* 129-138.

Uhrlass, D. J., Schofield, C. A., Coles, M. E., & Gibb, B. E. (2009). Self-perceived competence and prospective changes in symptoms of depression and social anxiety. *Journal of behaviour therapy and experimental psychiatry, 40*, 329-337.

Vachon, D. D., Sellborn, M., Ryder, A. G., Miller, J. D., & Bagby, R. M. (2009). A five-factor model description of depressive personality disorder. *Journal of personality disorders, 23,* 447-465.

Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: implications pour la recherche en langue française. *Psychologie canadienne, 30*, 662-680.

Vallières, E. F., & Vallerand, R. J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. *International journal of psychology, 25*, 305-316.

Vanderhasselt, M. A., & De Raedt, R. (2009). Impairments in cognitive control persist during remission from depression and are related to the number of past episodes: An event related potentials study. *Biological psychology, 81*, 3, 169-176.

Vasquez, C., Jiménez, F., Saura, F., & Avia, M. D. (2001). The importance of « importance »: A longitudinal-stress model of depression measuring the importance of the attributions and the impact of stressor. *Personality and individual differences, 31*, 205-214.

Vautier, S., Raufaste, E., & Cariou, M. (2003). Dimensionality of the Revised Life Orientation Test and the status of filler items. *International journal of psychology, 38*, 6, 390-400.

Verlhiac, J-F., Bonnet, A., & Ranucci, M-F. (2006). Les effets de variables psychosociales sur l'intention d'adolescents obèses de changer leurs comportements. *Pratiques psychologiques, 12,* 3, 347-364.

Verstraeten, K., Vasey, M. W., Raes, F., & Bijttebier, P. (2009). Temperament and risk for depressive symptoms in adolescence: Mediation by rumination and moderation by effortful control. *Journal of abnormal child psychology, 37*, 349-361.

Vickers, K. S., & Vogeltanz, N. D. (2000). Dispositional optimism as a predictor of depressive symptoms over time. *Personality and individual differences, 28,* 259-272.

Voth, J., & Sirois, F. M. (2009). The role of self-blame and responsibility in adjustment to inflammatory bowel disease. *Rehabilitation psychology, 54,* 1, 99-108.

Vredenburg, K., Flett, G. L., & Krames, L. (1993). Analogue versus clinical depression: A critical reappraisal. *Psychological bulletin, 113*, 2, 327-344.

Wall, T. N., & Hayes, J. A. (2000). Depressed clients' attributions of responsibility for the causes of and solutions to their problems. *Journal of counseling and development, 78,* 81-86.

Wallace, B. A., & Shapiro, S. L. (2006). Mental balance and well-being: Building bridges between Buddhism and western psychology. *American psychologist, 61*, 7, 690-701.

Wang, C. E. A., Halvorsen, M., Eisemann, M., & Waterloo, K. (2010). Stability of dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas: A 9-year follow-up study of clinically depressed subjects. *Journal of behaviour therapy and experimental psychiatry, 41,* 389-396.

Waters, S. J., Keefe, F. J., & Strauman, T. J. (2004). Self-discrepancy in chronic low back pain: relation to pain, depression, and psychological distress. *Journal of pain and symptom management, 27*, 3, 251-259.

Watkins, J., & Rush, J. (1983). Cognitive response test. *Cognitive therapy and research, 7*, 425-436.

Watson, D., & Clark, L. A. (1995). Depression and the melancholic temperament. *European journal of personality, 9*, 351-366.

Watson, D., Kotov, R., & Gamez, W. (2006). Basic dimensions of temperaments in relation to personality and psychopathology. In R. Krueger & J. Tackett (Eds.), *Personality and psychopathology* (pp. 7-38). New York: Guilford.

Watson, D., Suls, J., & Haig, J. (2002). Global self-esteem in relation to structural models of personality and affectivity. *Journal of personality and social psychology, 83*, 185-197.

Watson, N., Bryan, B. C., & Thrash, T. M. (2010). Self-discrepancy: Comparisons of the psychometric properties of three instruments. *Psychological assessment, 22*, 4, 878-892.

Weary, G., Marsh, K. L., Gleicher, F., & Edwards, J. A. (1993). Social-cognitive consequences of depression. In G. Weary, F. Gleicher, & K. L. Marsh (Eds.), *Control motivation and social cognition* (pp. 255-287). New York: Springer-Verlag.

Weich, S., Churchill, R., & Lewis, G. (2003). Dysfunctional attitudes and the common mental disorders in primary care. *Journal of affective disorders, 75*, 269-278.

Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological review, 92*, 548-573.

Weiner, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. New York: Springer-Verlag.

Weiner, B. (1988). Attribution theory and attribution therapy: Some theoretical observations and suggestions. *British journal of clinical psychology, 27*, 99-104.

Weiner, B., & Litman-Adizes, T. (1980). An attributional, expectancy-value analysis of learned helplessness and depression. In J. Garber & M. E. P. Seligman (Eds.), *Human helplessness: Theory and application* (pp. 35-58). New York: Academic press.

Weissman, A., & Beck, A. T. (1978, November). *Development and validation of the dysfunctional attitude scale.* Paper presented at the annual meeting of the association for advancement of behaviour therapy, Chicago, Illinois.

Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Greenwald, S., Hsu, H., Ouellette, R., Robins, L. N., *et al*. (1992). The changing rate of major depression: Cross-national comparisons. *Journal of the American Medical Association, 268,* 3096-3105.

Wells, K. B., Burnam, M. A., Rogers, W., Hays, R., & Camp, P. (1992). The course of depression in adult outpatients: Results from the Medical Outcomes Study. *Archives of general psychiatry, 49,* 788-794.

Whisman, M. A., & Pinto, A. (1997). Hopelessness depression in depressed inpatient adolescents. *Cognitive therapy and research, 21*, 345-358.

Widiger, T. A., & Anderson, K. G. (2003). Personality and depression in women. *Journal of affective disorders, 74,* 59-66.

Widiger, T. A., & Samuel, D. B. (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – Fifth Edition. *Journal of abnormal psychology, 114*, 4, 494-504.

Wilhelm, K., & Parker, G. (1994). Sex differences in lifetime depression rates: Fact or artefact? *Psychological medicine, 24*, 97-111.

Williams, J. M. G., Healy, D., Teasdale, J. D., White, W., & Paykel, E. S. (1990). Dysfunctional attitudes and vulnerability to persistent depression. *Psychological medicine, 20,* 375-381.

Wise, E. H., & Barnes, D. R. (1986). The relationship among life events, dysfunctional attitudes, and depression. *Cognitive therapy and research, 10,* 257-266.

Wolf, B., & Lemétayer, F. (2008). Obésité infantile et "style causal": étude comparative entre un groupe d'enfants obèses et un groupe d'enfants témoins de poids normal. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 56*, 32-38.

Wolf, C., Meyer, P. C., Richter, D., Riehl-Emde, A., Ritter-Landolt, C., Sieber, M., Steiner, R., Buddeberg, C. (1995). Causal attributions and coping with illness by breast cancer patients: results of a longitudinal study. *Zeitschrift fur psychosomatische medizin und psychoanalyse, 41,* 356-369.

Woodruff, S. L., & Cashman, J. F. (1993). Task, domain, and general efficacy: A re-examination of the self-efficacy scale. *Psychological reports, 72*, 423-432.

Wortman, C. B. (1976). Causal attributions and personal control. In J. H. Harvey, W. J. Kidd, & R. F. Kidd (Eds.), *New directions in attribution research* (Vol. 1, pp. 23-52). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

Wortman, C. B. (1983). Coping with victimization: Conclusions and implications for future research. *Journal of social issues, 39*, 2, 195-221.

Wu, C-H. (2009). Factor analysis of the general self-efficacy scale and its relationship with individualism/collectivism among twenty-five countries: Application of multilevel confirmatory factor analysis. *Personality and individual differences, 46,* 699-703.

Wu, S-F. V., Courtney, M., Edwards, H., McDowell, J., Shortridge-Baggett, L. M., & Chang P-J. (2008). Development and validation of the chineses version of the diabetes management self-efficacy scale. *International journal of nursing studies, 45*, 4, 534-542.

Wutke, K., & Dennis, C-L. (2007). The reliability and validity of the polish version of the breastfeeding self-efficacy scale-short form: Translation and psychometric assessment. *International journal of nursing studies, 44,* 8, 1439-1446.

Wylie, R. C. (1974). *The self concept: A review of methodological considerations and measuring instruments* (Vol. 1, 2nd ed.). Lincoln: University of Nebraska Press.

Yoder, C. Y., Shute, G. E., & Tryban, G. M. (1990). Community recognition of objective and subjective characteristics of depression. *American journal of community psychology, 18,* 547-566.

Yost, J. H., & Weary, G. (1996). Depression and the correspondent inference bias: Evidence for more effortful cognitive processing. *Personality and social psychology bulletin, 22*, 192-200.

Zautra, A. J., Guenther, R. T., & Chartier, G. M. (1985). Attributions for real and hypothetical events: Their relation to self-esteem and depression. *Journal of abnormal psychology, 94,* 4, 530-540.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta psychiatr Scand, 67*, 361-370.

Zimmerman, M., & Coryell, W. (1986). Dysfunctional attitudes in endogenous and nonendogenous depressed inpatients. *Cognitive therapy and research, 10,* 339-346.

Zimmerman, M., Coryell, W., & Pfohl, B. (1986). Melancholic subtyping: A qualitative or quantitative distinction? *American journal of psychiatry, 143*, 98-100.

Zimmerman, M., Coryell, W., & Pfohl, B. (1986). The validity of the dexamethasone suppression test as a marker for endogenous depression. *Archives of general psychiatry, 43*, 347-355.

Zisook, S., Shuchter, S. R., Sledge, P. A., Paulus, M. P., & Judd, L. L. (1994). The spectrum of depressive phenomena after spousal bereavement. *Journal of clinical psychiatry, 55* (Suppl.1), 29-36.

Zuckerman, M. (1979). Attribution of success and failure revisited, or: The motivational bias is alive and well in attribution theory. *Journal of personality, 47*, 245-287.

Zuckerman, M. (2011). *Personality science: Three approaches and their applications to the causes and treatment of depression.* Washington, DC: American Psychological Association.

Zuckerman, M., Kuhlman, D. M., Joireman, J., Teta, P., & Kraft, M. (1993). A comparison of three structural models for personality: The big three, the big 5, and the alternative five. *Journal of personality and social psychology, 65*, 757-768.

Zuroff, D. C. (1981). Depression and attribution: Some new data and a review of old data. *Cognitive therapy and research, 5,* 273-281.

Zuroff, D. C., Blatt, S. J., Sanislow, C. A., Bondi, C. M., & Pilkonis, P. A. (1999). Vulnerability to depression: Reexamining state dependence and relative stability. *Journal of abnormal psychology, 108*, 76-89.

ANNEXES

ANNEXE 1. LE STYLE ATTRIBUTIONNEL

Consigne : Douze situations vont vous être présentées. Essayez d'imaginer que ces situations vous arrivent. Alors qu'un événement peut avoir plusieurs causes, nous vous demandons d'en choisir une seule, la cause principale de cet événement, s'il se produisait. Ensuite, répondez à plusieurs questions en entourant, sur l'échelle allant de 1 à 7, le chiffre qui correspond le mieux à ce que vous pensez.

- **Vous êtes gravement blessé**

a. Ecrivez la cause majeure de cet événement : ……

b. La cause est-elle due à vous ou bien à d'autres personnes ou circonstances ?

Totalement due aux autres	1	2	3	4	5	6	7	Totalement due à moi

c. A l'avenir, cette cause va-t-elle se reproduire ?

Jamais présente	1	2	3	4	5	6	7	Toujours présente

d. Cette cause est-elle quelque chose qui touche seulement ce type de situation, ou qui influence aussi d'autres domaines de votre vie ?

Seulement cette situation	1	2	3	4	5	6	7	Toutes les situations

- **Vous êtes licencié de votre emploi**

a. Ecrivez la cause majeure de cet événement : ……

b. La cause est-elle due à vous ou bien à d'autres personnes ou circonstances ?

Totalement due aux autres	1	2	3	4	5	6	7	Totalement due à moi

c. A l'avenir, cette cause va-t-elle se reproduire ?

Jamais présente	1	2	3	4	5	6	7	Toujours présente

d. Cette cause est-elle quelque chose qui touche seulement ce type de situation, ou qui influence aussi d'autres domaines de votre vie ?

Seulement cette situation	1	2	3	4	5	6	7	Toutes les situations

- **Après votre premier semestre universitaire, vos résultats sont mauvais et vous risquez de redoubler.**

  a. Ecrivez la cause majeure de cet événement : ……

  b. La cause est-elle due à vous ou bien à d'autres personnes ou circonstances ?

Totalement due aux autres 1 2 3 4 5 6 7 Totalement due à moi

  c. A l'avenir, cette cause va-t-elle se reproduire ?

Jamais présente 1 2 3 4 5 6 7 Toujours présente

  d. Cette cause est-elle quelque chose qui touche seulement ce type de situation, ou qui influence aussi d'autres domaines de votre vie ?

Seulement cette situation 1 2 3 4 5 6 7 Toutes les situations

- **Votre meilleur ami vous dit qu'on ne peut pas vous faire confiance.**

  a. Ecrivez la cause majeure de cet événement : ……

  b. La cause est-elle due à vous ou bien à d'autres personnes ou circonstances ?

Totalement due aux autres 1 2 3 4 5 6 7 Totalement due à moi

  c. A l' avenir, cette cause va-t-elle se reproduire ?

Jamais présente 1 2 3 4 5 6 7 Toujours présente

  d. Cette cause est-elle quelque chose qui touche seulement ce type de situation, ou qui influence aussi d'autres domaines de votre vie ?

Seulement cette situation 1 2 3 4 5 6 7 Toutes les situations

- **Vous ne dormez pas bien.**

  a. Ecrivez la cause majeure de cet événement : ……

  b. La cause est-elle due à vous ou bien à d'autres personnes ou circonstances ?

Totalement due aux autres 1 2 3 4 5 6 7 Totalement due à moi

c. A l' avenir, cette cause va-t-elle se reproduire ?

Jamais présente 1 2 3 4 5 6 7 Toujours présente

d. Cette cause est-elle quelque chose qui touche seulement ce type de situation, ou qui influence aussi d'autres domaines de votre vie ?

Seulement cette situation 1 2 3 4 5 6 7 Toutes les situations

- **Vous avez des difficultés sexuelles.**

a. Ecrivez la cause majeure de cet événement : ……

b. La cause est-elle due à vous ou bien à d'autres personnes ou circonstances ?

Totalement due aux autres 1 2 3 4 5 6 7 Totalement due à moi

c. A l'avenir, cette cause va-t-elle se reproduire ?

Jamais présente 1 2 3 4 5 6 7 Toujours présente

d. Cette cause est-elle quelque chose qui touche seulement ce type de situation, ou qui influence aussi d'autres domaines de votre vie ?

Seulement cette situation 1 2 3 4 5 6 7 Toutes les situations

- **Vous faites l'expérience d'un sérieux conflit interne concernant vos valeurs personnelles.**

a. Ecrivez la cause majeure de cet événement : ……

b. La cause est-elle due à vous ou bien à d'autres personnes ou circonstances ?

Totalement due aux autres 1 2 3 4 5 6 7 Totalement due à moi

c. A l'avenir, cette cause va-t-elle se reproduire ?

Jamais présente 1 2 3 4 5 6 7 Toujours présente

d. Cette cause est-elle quelque chose qui touche seulement ce type de situation, ou qui influence aussi d'autres domaines de votre vie ?

Seulement cette situation 1 2 3 4 5 6 7 Toutes les situations

- **Il y a peu d'activités de loisirs qui vous intéressent.**

a. Ecrivez la cause majeure de cet événement : ……

b. La cause est-elle due à vous ou bien à d'autres personnes ou circonstances ?

Totalement due aux autres	1	2	3	4	5	6	7	Totalement due à moi

c. A l'avenir, cette cause va-t-elle se reproduire ?

Jamais présente	1	2	3	4	5	6	7	Toujours présente

d. Cette cause est-elle quelque chose qui touche seulement ce type de situation, ou qui influence aussi d'autres domaines de votre vie ?

Seulement cette situation	1	2	3	4	5	6	7	Toutes les situations

- **Vos projets pour les vacances de Noël sont annulés.**

a. Ecrivez la cause majeure de cet événement : ……

b. La cause est-elle due à vous ou bien à d'autres personnes ou circonstances ?

Totalement due aux autres	1	2	3	4	5	6	7	Totalement due à moi

c. A l'avenir, cette cause va-t-elle se reproduire ?

Jamais présente	1	2	3	4	5	6	7	Toujours présente

d. Cette cause est-elle quelque chose qui touche seulement ce type de situation, ou qui influence aussi d'autres domaines de votre vie ?

Seulement cette situation	1	2	3	4	5	6	7	Toutes les situations

- **Vous avez des ennuis avec l'un de vos professeurs ou votre employeur.**

a. Ecrivez la cause majeure de cet événement : ……

b. La cause est-elle due à vous ou bien à d'autres personnes ou circonstances ?

Totalement due aux autres	1	2	3	4	5	6	7	Totalement due à moi

c. A l'avenir, cette cause va-t-elle se reproduire ?

Jamais présente	1	2	3	4	5	6	7 Toujours présente

d. Cette cause est-elle quelque chose qui touche seulement ce type de situation, ou qui influence aussi d'autres domaines de votre vie ?

Seulement cette situation	1	2	3	4	5	6	7 Toutes les situations

- **Vous avez des difficultés financières.**

a. Ecrivez la cause majeure de cet événement : ……

b. La cause est-elle due à vous ou bien à d'autres personnes ou circonstances ?

Totalement due aux autres	1	2	3	4	5	6	7 Totalement due à moi

c. A l'avenir, cette cause va-t-elle se reproduire ?

Jamais présente	1	2	3	4	5	6	7 Toujours présente

d. Cette cause est-elle quelque chose qui touche seulement ce type de situation, ou qui influence aussi d'autres domaines de votre vie ?

Seulement cette situation	1	2	3	4	5	6	7 Toutes les situations

- **Votre tentative pour séduire une personne précise qui vous plait est un échec.**

a. Ecrivez la cause majeure de cet événement : ……

b. La cause est-elle due à vous ou bien à d'autres personnes ou circonstances ?

Totalement due aux autres	1	2	3	4	5	6	7 Totalement due à moi

c. A l'avenir, cette cause va-t-elle se reproduire ?

Jamais présente	1	2	3	4	5	6	7 Toujours présente

d. Cette cause est-elle quelque chose qui touche seulement ce type de situation, ou qui influence aussi d'autres domaines de votre vie ?

Seulement cette situation	1	2	3	4	5	6	7 Toutes les situations

ANNEXE 2. EVALUATION DES COGNITIONS SPECIFIQUES : ITEMS AJOUTEES DANS LE QUESTIONNAIRE DES STYLES ATTRIBUTIONNELS

- Le contrôle perçu de la cause

Dans quelle mesure pensez-vous que vous pouviez contrôler cette cause et prévenir cette situation ? (étude 2)

Aucun contrôle	1	2	3	4	5	6	7 Contrôle total

Dans quelle mesure pensez-vous que vous pouviez contrôler cette cause ? (étude 4)

Aucun contrôle	1	2	3	4	5	6	7 Contrôle total

- La responsabilité perçue de la cause

Dans quelle mesure vous sentez-vous personnellement responsable de cette situation ?

Pas du tout responsable	1	2	3	4	5	6	7 Totalement responsable

- L'auto-blâme

Vous blâmez vous pour ce qui vous est arrivé ?

Pas du tout	1	2	3	4	5	6	7 Totalement

- Le contrôle perçu des conséquences

Quel contrôle pensez-vous avoir personnellement sur cette situation ? (étude 1)

Aucun contrôle	1	2	3	4	5	6	7 Contrôle total

Quel contrôle pensez-vous avoir sur les conséquences de cet événement ? (étude 2)

Aucun contrôle	1	2	3	4	5	6	7 Contrôle total

- La responsabilité perçue de la solution

Pensez-vous qu'il est de votre responsabilité de trouver une solution à ce problème ?

Pas du tout responsable	1	2	3	4	5	6	7 Totalement responsable

ANNEXE 3. ECHELLE D'AUTO-EFFICACITÉ

Consigne : Lisez attentivement chaque phrase et cochez la réponse qui vous décrit le mieux.

	Pas du tout vrai	A peine vrai	Moyennement vrai	Totalement vrai
1- Je peux arriver toujours à résoudre mes difficultés si j'essaie assez fort.				
2- Si quelqu'un s'oppose à moi, je peux trouver une façon pour obtenir ce que je veux.				
3- C'est facile pour moi de maintenir mon attention sur mes objectifs et accomplir mes buts.				
4- J'ai confiance en ma capacité à faire face efficacement aux événements inattendus.				
5- Grâce à ma débrouillardise, je sais comment faire face aux situations imprévues.				
6- Je peux résoudre la plupart de mes problèmes si j'investis les efforts nécessaires.				
7- Je peux rester calme lorsque je suis confronté à des difficultés car je peux me fier à mes habiletés pour faire face aux problèmes.				
8- Lorsque je suis confronté à un problème, je peux habituellement trouver plusieurs solutions.				
9- Si je suis « coincé », je peux habituellement penser à ce que je pourrais faire.				
10- Peu importe ce qui arrive, je suis capable d'y faire face généralement.				

ANNEXE 4. ECHELLE D'ESTIME DE SOI

Consigne : Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous, en cochant la case la plus appropriée. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire ; votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez qu'une réponse longuement méditée.

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1- Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre.				
2- Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.				
3- Tout bien considéré, je suis porté(e) à me considérer comme un(e) raté(e).				
4- Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.				
5- Je sens peu de raisons d'être fier(e) de moi.				
6- J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même.				
7- Dans l'ensemble, je suis satisfait(e) de moi.				
8- J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.				
9- Parfois je me sens vraiment inutile.				
10- Il m'arrive de penser que je suis un(e) bon(ne) à rien.				

ANNEXE 5. ÉCHELLES DE DEPRESSION ET D'ANXIETE

- Echelle HADS

Consigne : Lisez chaque série de questions et cochez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler.

1- Je me sens tendu ou énervé : ○ La plupart du temps ○ Souvent ○ De temps en temps ○ Jamais
2- Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois : ○ Oui tout autant ○ Pas autant ○ Un peu seulement ○ Presque plus
3- J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver : ○ Oui, très nettement ○ Oui, mais ce n'est pas trop grave ○ Un peu, mais cela ne m'inquiète pas ○ Pas du tout
4- Je ris facilement et vois le bon côté des choses : ○ Autant que par le passé ○ Un peu moins qu'avant ○ Vraiment moins qu'avant ○ Plus du tout
5- Je me fais du souci : ○ Très souvent ○ Assez souvent ○ Occasionnellement ○ Très occasionnellement
6- Je suis de bonne humeur : ○ Jamais ○ Rarement ○ Assez souvent ○ La plupart du temps
7- Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté : ○ Oui, quoi qu'il arrive ○ Oui, en général ○ Rarement ○ Jamais
8- J'ai l'impression de fonctionner au ralenti : ○ Presque toujours ○ Très souvent ○ Parfois ○ Jamais

9- J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :
   - ○ Jamais
   - ○ Parfois
   - ○ Assez souvent
   - ○ Très souvent

10- Je ne m'intéresse plus à mon apparence :
   - ○ Plus du tout
   - ○ Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
   - ○ Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
   - ○ J'y prête autant d'attention que par le passé

11- J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :
   - ○ Oui, c'est tout à fait le cas
   - ○ Un peu
   - ○ Pas tellement
   - ○ Pas du tout

12- Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :
   - ○ Autant qu'avant
   - ○ Un peu moins qu'avant
   - ○ Bien moins qu'avant
   - ○ Presque jamais

13- J'éprouve des sensations soudaines de panique :
   - ○ Vraiment très souvent
   - ○ Assez souvent
   - ○ Pas très souvent
   - ○ Jamais

14- Je peux prendre plaisir à lire un bon livre ou à suivre une bonne émission de radio ou de télévision :
   - ○ Souvent
   - ○ Parfois
   - ○ Rarement
   - ○ Très rarement

- Echelle BDI-II

L'échelle du BDI-II étant protégée par les ECPA, nous n'avons pas l'autorisation de publier son contenu. Nous en reportons donc seulement quelques exemples, parmi ceux déjà présents dans la version libre du BDI.

Consigne : Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre.

A.
0 Je ne me sens pas triste
1 Je me sens très souvent triste
2 Je suis tout le temps triste
3 Je suis si triste ou si malheureux(se), que ce n'est pas supportable

F.
0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e)
1 Je sens que je pourrais être puni(e)
2 Je m'attends à être puni(e)
3 J'ai le sentiment d'être puni(e)

I.
0 Je ne pense pas du tout à me suicider
1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas
2 J'aimerais me suicider
3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait

ANNEXE 6. ECHELLE D'OPTIMISME DISPOSITIONNEL

Consigne : Répondez aux questions ci-dessous en cochant la réponse qui vous décrit le mieux. Soyez le plus honnête possible en répondant au questionnaire, sans laisser votre réponse à une question influencer vos réponses à d'autres questions. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	neutre	Plutôt d'accord	Totalement d'accord
1. Dans les moments d'incertitude, je m'attends habituellement au mieux.					
2. J'ai de la facilité à me relaxer.					
3. S'il y a des chances que ça aille mal pour moi, ça ira mal.					
4. Je suis toujours optimiste face à mon avenir.					
5. J'apprécie beaucoup mes amis(es).					
6. C'est important pour moi de me tenir occupé.					
7. Je ne m'attends presque jamais à ce que les choses aillent comme je le voudrais.					
8. Je ne me fâche pas très facilement.					
9. Je m'attends rarement à ce que de bonnes choses m'arrivent.					
10. Dans l'ensemble, je m'attends à ce que plus de bonnes choses m'arrivent que de mauvaises.					

ANNEXE 7. ECHELLE DE LOCUS DE CONTROLE

Consigne : Vous trouverez ci-dessous une série de propositions. Chacune d'elles représente une opinion ou une attitude souvent retenue. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Ce qui nous intéresse, c'est de savoir dans quelle mesure vous êtes d'accord ou pas avec de telles opinions. Lisez chaque phrase attentivement. Ensuite, indiquez votre degré d'accord ou de désaccord en entourant le chiffre correspondant.

Pas du tout d'accord 0	Pas d'accord 1	Plutôt pas d'accord 2	Plutôt d'accord 3	D'accord 4	Tout à fait d'accord 5

1. Le fait que je devienne ou non un leader dépend surtout de mes capacités.	0	1	2	3	4	5
2. Ma vie est en grande partie dirigée par des événements dus au hasard.	0	1	2	3	4	5
3. J'ai le sentiment que ce qui arrive dans ma vie est principalement décidé par les gens puissants.	0	1	2	3	4	5
4. Le fait d'avoir ou de ne pas avoir d'accidents de voiture dépend surtout de mon habilité au volant.	0	1	2	3	4	5
5. Quand je fais des projets, je suis presque toujours sûr de les réussir.	0	1	2	3	4	5
6. Il n'est souvent pas possible de protéger mes intérêts contre des événements malchanceux.	0	1	2	3	4	5
7. Quand j'obtiens ce que je veux, c'est généralement par chance.	0	1	2	3	4	5
8. Sans l'intervention de personnes bien placées, on ne me donnera pas un poste à responsabilités même si je suis capable de l'occuper.	0	1	2	3	4	5
9. Le nombre d'amis que j'ai dépend de mon degré de gentillesse personnelle.	0	1	2	3	4	5
10. J'ai souvent constaté que ce qui doit arriver arrive.	0	1	2	3	4	5
11. Le déroulement de mon existence est essentiellement sous le contrôle des gens puissants.	0	1	2	3	4	5

12. Le fait d'avoir ou de ne pas avoir d'accident de voiture est avant tout une question de hasard.	0	1	2	3	4	5
13. Les gens comme moi ont très peu de possibilités de défendre leurs intérêts personnels contre ceux de puissants groupes de pression.	0	1	2	3	4	5
14. Pour moi, il n'est pas toujours sage de faire des projets trop longtemps à l'avance car de nombreuses choses s'avèrent être une question de bonne ou de mauvaise fortune.	0	1	2	3	4	5
15. Pour obtenir ce que je veux, il faut que cela plaise aux personnes placées au-dessus de moi.	0	1	2	3	4	5
16. Parvenir ou non à être un leader dépend de la chance que j'aurai d'être à la bonne place au bon moment.	0	1	2	3	4	5
17. Si des gens importants décidaient qu'ils ne m'aimaient pas, alors je ne me ferais probablement pas beaucoup d'amis.	0	1	2	3	4	5
18. Je peux à peu près déterminer ce qui arrivera dans ma vie.	0	1	2	3	4	5
19. En général, je suis capable de protéger mes intérêts personnels.	0	1	2	3	4	5
20. Le fait qu'il m'arrive ou non un accident de voiture dépend surtout des autres conducteurs.	0	1	2	3	4	5
21. Quand j'obtiens ce que je veux, c'est en général parce que j'ai travaillé dur pour cela.	0	1	2	3	4	5
22. Afin que mes projets réussissent, je m'assure qu'ils correspondent aux désirs des personnes qui ont du pouvoir sur moi.	0	1	2	3	4	5
23. Ce sont mes propres actions qui déterminent ma vie.	0	1	2	3	4	5
24. Que j'aie peu ou beaucoup d'amis, c'est avant tout une question de destinée.	0	1	2	3	4	5

ANNEXE 8. ECHELLE DES ECARTS ENTRE LES SOIS

Consigne :
Pensez à toutes les personnes importantes dans votre vie (par exemple, vos amis, des êtres chers, vos parents, vos frères et sœurs, etc.).
Parmi ces personnes, quelle est celle dont les opinions comptent le plus pour vous ? Ecrivez son nom ci-dessous :

_____
(nom de la personne importante)

Dans les pages suivantes, plusieurs questions vous demanderont de vous référer à cette personne.

A présent, il va vous être demandé d'établir une liste des caractéristiques que ***cette personne*** pourrait vous attribuer, mais également que ***vous*** pourriez vous attribuer à vous-même. On vous demandera de les lister dans 3 catégories différentes :

- La personne que vous **devriez** être, c'est-à-dire les traits de caractère que vous (ou la personne ci-dessus) pensez devoir posséder ; le type de personne que vous avez le devoir, l'obligation ou la responsabilité d'être ; les traits de caractère que vous devriez moralement posséder.
- La personne que vous **souhaiteriez idéalement** être, c'est-à-dire les traits de caractère que vous (ou la personne ci-dessus) aimeriez idéalement posséder ; le type de personne que vous souhaiteriez, désireriez ou espéreriez être (ou le type de personne que la personne ci-dessus souhaite, désire ou espère que vous soyez).
- La personne que vous **ne désireriez pas** être, c'est-à-dire les traits de caractère que vous (ou la personne ci-dessus) ne voulez pas posséder ; les traits de caractère qui sont indésirables.

Bien entendu, en fonction de vos valeurs vous avez certainement votre propre définition de « la personne que vous devriez être » ou de « la personne que vous souhaiteriez idéalement être ». Cependant ici, dans le cadre de notre recherche, nous vous proposons une définition à laquelle nous vous demandons de vous référer.

Par exemple :
Je peux espérer être riche un jour et le devenir pourrait être un de mes objectifs, mais je pense pour autant en avoir ni le devoir, ni l'obligation morale. Ainsi, « riche » pourrait être un adjectif qui décrit le type de personne que je *voudrais idéalement* être, mais ce n'est pas un mot qui décrit le type de personne que *je pense devoir* être.

Avant de continuer, nous voudrions nous assurer que vous avez bien compris ce que nous entendons par certains termes. Veuillez répondre aux questions suivantes en cochant la réponse la plus appropriée selon nos définitions :

1. Le type de personne que vous devriez être correspond à :

ce que je suis maintenant

ce que les autres veulent que je sois

ce que je dois moralement être

2. Le type de personne que je souhaiterais idéalement être est :

inaccessible et parfait

ce que je veux, rêve ou désire être

ce que je suis habituellement

Rapportez s'il vous plait 5 caractéristiques du type de personne que VOUS croyez devoir être, autrement dit, les traits de caractère que vous pensez être MORALEMENT OBLIGÉ DE POSSEDER.

Je crois que je devrais être, que je suis moralement obligé d'être… :

_____ 1. _____

_____ 2. _____

_____ 3. _____

_____ 4. _____

_____ 5. _____

Rapportez s'il vous plait 5 caractéristiques du type de personne que _____ pense que vous devriez être, autrement dit, les traits de caractère que cette personne pense que vous êtes MORALEMENT OBLIGÉ DE POSSEDER.

(Nom de la personne choisie en p.3)

_____ pense que je devrais être, que je suis moralement obligé d'être… :

____ 1. _____

____ 2. _____

____ 3. _____

____ 4. _____

____ 5. _____

Rapportez s'il vous plait 5 caractéristiques du type de personne que VOUS souhaiteriez <u>idéalement</u> être, autrement dit, le type de personne que vous <u>DÉSIRERIEZ</u> ou <u>ESPÉRERIEZ</u> être.

Je souhaiterais idéalement être… :

____ 1. _____

____ 2. _____

____ 3. _____

____ 4. _____

____ 5. _____

Rapportez s'il vous plait 5 caractéristiques du type de personne que _____ <u>voudrait idéalement</u> que vous soyez, autrement dit, les

(Nom de la personne choisie en p.3)

traits de caractère que cette personne <u>SOUHAITE</u>, <u>DÉSIRE</u> ou <u>ESPÈRE</u> que vous soyez.

_____ veut idéalement que je sois… :

____ 1. _____

____ 2. _____

____ 3. _____

____ 4. _____

____ 5. _____

Rapportez s'il vous plait 5 caractéristiques du type de personne que VOUS <u>ne voulez pas</u> être, autrement dit, les traits de caractère qui vous sont <u>INDÉSIRABLES</u>.

Je ne veux jamais être… :

____ 1. _____

____ 2. _____

____ 3. _____

____ 4. _____

____ 5. _____

Rapportez s'il vous plait 5 caractéristiques du type de personne que _____ <u>ne veut pas</u> que vous soyez, autrement dit, les traits de

(Nom de la personne choisie p.3)

caractère que cette personne juge <u>INDÉSIRABLES</u> pour vous :

_____ ne souhaite pas que je sois… :

____ 1. _____

____ 2. _____

____ 3. _____

____ 4. _____

____ 5. _____

Consigne : Maintenant, vous devriez avoir inscrit 5 traits de caractère pour chaque catégorie des pages 5, 6 et 7. Nous savons que c'est souvent assez difficile à faire, aussi, si vous n'avez pas trouvé 5 caractéristiques pour chaque catégorie, vous pouvez vous aider de la liste de mots ci-dessous pour compléter chacune de vos listes. Ajoutez les caractéristiques de cette page à vos listes. De même, si vous souhaitez changer certains de vos adjectifs déjà rapportés, barrez les et inscrivez le nouveau mot. Ne vous limitez pas à ces adjectifs ; si la lecture de ces mots vous fait penser à d'autres mots, vous êtes libres d'ajouter ou de changer ce que vous voulez. Après avoir effectué les changements que vous souhaitiez, allez à la page suivante.

A la mode
Agréable
Agressif
Aimable
Ambitieux
Artiste
Astucieux
Autoritaire
Avare
Bienveillant
Brillant
Brouillon
Calculateur
Calme
Clairvoyant
Comique
Compulsif
Conformiste
Cordial
Créatif
Crédule
Cultivé
Curieux
Délicat
Désagréable
Désintéressé
Désordonné
Discret
Disgracieux
Dominateur
Doux
Drôle
Dur
Efficace
Egoïste
Energique
Enthousiaste
Envieux
Equilibré
Exubérant
Fiable
Frivole
Gentil
Grande gueule
Honnête
Imitateur
Imprévisible
Imprudent
Inculte
Indépendant
Indiscret
Ingénieux
Insensible
Irrespectueux
Logique
Lucide
Malveillant
Marrant
Mauvaise langue
Méchant
Menteur
Méprisant
Mesquin
Méthodique
Modéré
Moderne
Modeste
Moral
Névrosé
Nonchalant
Normal
Obéissant
Obstiné
Ouvert d'esprit
Paresseux
Pas fiable
Pénible
Perspicace
Pessimiste
Peu sûr de soi
Philosophe
Plein d'entrain
Prudent
Pudique
Puéril
Radical
Raffiné
Raisonnable
Reconnaissant
Rusé
Sage
Sensé
Sentimental
Sérieux
Serviable
Simple
Solitaire
Soumis
Spirituel
Timide
Tolérant
Trompeur
Trop sûr de soi
Vaniteux
Vif

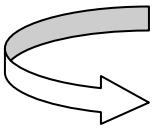
Nous voudrions à présent que vous répondiez à certaines questions concernant chacune des caractéristiques que vous avez rapportées. Merci de revenir aux pages 5, 6 et 7, et d'indiquer dans quelle mesure vous pensez que ces attributs vous décrivent réellement ou s'appliquent à vous en ce moment, en inscrivant le numéro approprié, devant chaque adjectif :

Ne me décrit pas du tout	Me décrit un peu	Me décrit moyennement	Me décrit bien	Me décrit complètement
1	2	3	4	5

Vous devez inscrire le numéro sur la ligne, à gauche de **chaque** caractéristique.

Exemple :

Rapportez s'il vous plait 5 caractéristiques du type de personne que VOUS souhaiteriez idéalement être, autrement dit, le type de personne que vous DÉSIRERIEZ ou ESPÉRERIEZ être.



Je souhaiterais idéalement être… :

_*2*___ 1.

___*autoritaire*_____

_*4*___ 2.

___*résistant*_____

Dans le 1er exemple, « 2 » signifie que « autoritaire » me décrit un peu seulement.
Dans le 2nd exemple, « 4 » signifie que « résistant » me décrit bien à l'heure actuelle.

ANNEXE 9. QUESTIONS DEMOGRAPHIQUES

Les questions suivantes ont été introduites à la fin de chaque questionnaire et ont permis la réalisation d'analyses statistiques descriptives.

1. Etes-vous :
- Un homme
- Une femme

2. Quel âge avez-vous ?.....

3. Quelle est votre situation familiale ?
- Célibataire
- Marié(e)
- Vie maritale
- Divorcé(e)
- Séparé(e)
- Veuf(ve)

4. Quel est votre niveau d'étude ?
- Sans diplôme
- CEP, CAP
- BEPC, BEP, Brevet
- Baccalauréat
- Etudes supérieures

5. Quelle est votre profession ?.....