

Visualiser son Best-Possible-Self : une intervention visant une réduction de la symptomatologie dépressive.

Auteur : Claes, Julie

Promoteur(s) : Blairy, Sylvie

Faculté : Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation

Diplôme : Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée

Année académique : 2024-2025

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/24674>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.



LIÈGE université

Psychologie, Logopédie & Sciences de l'Éducation

Visualiser son Best-Possible-Self : une intervention visant une réduction de la symptomatologie dépressive.

Mémoire présenté par Claes Julie

en vue de l'obtention du grade de Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée en
psychologie clinique.

Promotrice

Professeure Blairy Sylvie

Superviseuse

Lazari Ecaterina

Lectrices

Di Schiena Raffaella

Wansard Murielle

Année Académique 2024-2025

Remerciements

Je tiens à remercier ma promotrice, Sylvie Blairy, ainsi que ma co-promotrice, Ecaterina Lazari, pour leur présence, leurs critiques constructives, leur soutien et leurs piqures de rappel. Elles ont été d'un grand secours et d'une grande aide lors de la production de ce mémoire. J'ai beaucoup appris à leurs côtés.

Ma reconnaissance va également à mon binôme, Charlotte Van Stappen, pour le travail d'équipe tout au long de ces deux années de découvertes, d'expérimentations et de rédaction. Grâce à elle, je me suis sentie moins seule dans cette expérience. J'ai pu compter sur ses réflexions, ses interrogations et ses pistes pour étoffer et parfaire les miennes. Nos échanges m'ont été utiles et m'ont permis de progresser un peu plus à chaque fois sur ma propre voie et dans mon travail. J'espère avoir pu lui rendre la pareille à mon échelle. Encore merci pour les mots qui m'ont permis de relever la tête.

Je souhaite exprimer toute ma gratitude aux personnes qui ont pris le temps de relire ce travail afin qu'il puisse voir le jour. Vos conseils et retours m'ont été précieux. Ils ont permis de transformer mes ébauches en travail fini, que j'espère presque abouti.

Il est important pour moi de donner une mention spéciale à Sasha et Félix, les enfants de mon épouse. Leurs sourires et leurs câlins m'ont permis de tenir quand je n'avais plus la force et le moral de continuer. Ce sont des petits garçons exceptionnels et je suis heureuse qu'ils fassent partie de ma vie.

Ce mémoire n'aurait pas pu exister et n'aurait sûrement pas été clôturé sans le soutien indéfectible de mon épouse, Julie Servais. Je tiens à la remercier de tout mon cœur pour son courage et sa force, pour ses mots parfois durs, pour sa compassion à mon égard et pour son amour. C'est parce qu'elle croit en moi que je me sens capable de tout réaliser. Je lui dédie ce travail.

Pour terminer, je tiens plus que tout à dédier ce mémoire à une autre personne qui n'est pas encore de ce monde. Pour Nayan, mon fils qui devrait nous rejoindre dans moins de trois mois, merci déjà pour tout ce que j'apprendrai à ses côtés et pour l'amour qu'il fera naître en moi. Ce mémoire est pour lui !

Résumé

Introduction : Le Best-Possible-Self (BPS) est un exercice issu de la psychologie positive souvent utilisé en imagerie mentale. Il permettrait d'augmenter l'optimisme, le bien-être et les affects positifs tout en diminuant les affects négatifs et la symptomatologie dépressive (Carrillo, Rubio-Aparicio, et al., 2019; Heekerens & Eid, 2021). Cette étude vise à tester l'hypothèse selon laquelle cet exercice permettrait d'accroître l'engagement dans des activités tournées vers un but. Les mécanismes de l'activation comportementale consistent à augmenter cet engagement pour réduire la symptomatologie dépressive (Blairy et al., 2020; Dondé et al., 2018).

Méthode : Dans cette étude, les participants ont été répartis en deux groupes : le groupe contrôle et le groupe BPS. L'intervention consistait à planifier des activités à réaliser sur une durée de deux semaines. En plus, le groupe BPS se prêtait à un exercice de rédaction où il devait imaginer son meilleur soi possible (dans un avenir où tout se déroulerait pour le mieux) avant de s'y projeter par imagerie mentale. Le groupe contrôle ne recevait aucun exercice d'imagerie ou d'écriture. Les différentes dimensions étudiées, comme l'optimisme, la symptomatologie dépressive et l'activation comportementale, ont été mesurées à l'aide de questionnaires en trois temps : avant intervention, fin d'intervention (durée de deux semaines) et un mois après. Un carnet a permis de recueillir les perceptions des participants sur leurs activités avant et après leur réalisation.

Résultat : Les résultats n'ont pas révélé d'effets significatifs sur les différentes variables et les questionnaires qui seraient dus à l'intervention du BPS. Cependant, la planification d'activité aurait permis une réduction de la symptomatologie et une augmentation de l'activation comportementale chez les deux groupes au cours de l'intervention. Il semblerait que la nature de l'activité soit un médiateur de l'engagement, avec une préférence des participants pour les activités à caractère agréable.

Limites : La taille de l'échantillon peut être un facteur influençant les résultats obtenus par ANOVA et donc se révéler non représentatifs de la population générale. L'exercice du BPS peut s'avérer compliqué à réaliser pour certaines personnes, en outre quand la présence des symptômes dépressifs serait liée à des facteurs hors de contrôle. De plus, ce futur idéal peut paraître inatteignable et accentuer le sentiment de désespoir. Pour terminer, il n'est pas totalement possible de s'assurer que les participants réalisent bien l'exercice dont le contenu (inexploité dans l'étude) pourrait être un facteur influençant son efficacité.

Points forts : L'intervention a permis à des personnes de se rendre compte de certaines de leurs difficultés et d'entreprendre une démarche de suivi. De plus, le BPS s'est avéré une belle découverte pour la plupart des participants l'ayant expérimenté, allant jusqu'à devenir un outil en cas de difficultés.

Conclusion : Bien que n'ayant pas montré d'effet significatif, il apparaît que l'utilisation du BPS peut permettre à des personnes déprimées de reprendre du contrôle sur leur vie. Il serait intéressant d'explorer plus en détail les effets du BPS sur l'estime de soi. De plus, se pencher sur d'éventuels profils plus réceptifs au BPS pourrait permettre d'en accentuer les résultats et d'éviter les éventuels effets délétères.

Abstract

Introduction : The Best-Possible-Self (BPS) is an exercise from positive psychology often used in mental imagery. It would increase optimism, well-being and positive affects while decreasing negative affects and depressive symptoms (Carrillo et al., 2019; Heekerens & Eid, 2021). This study aims to test the hypothesis that this exercise would increase engagement in goal-oriented activities. The mechanisms of behavioral activation consist in increasing this commitment to reduce depressive symptoms (Blairy et al., 2020; Dondé et al., 2018).

Method : In this study, the participants were divided into two groups: the control group and the BPS group. The intervention consisted of planning activities to be carried out over a period of two weeks. In addition, the BPS group lent itself to a drafting exercise where it had to imagine its best possible self (in a future where everything would unfold for the better) before projecting itself there through mental imagery. The control group did not receive any imaging or writing exercises. The different dimensions studied, such as optimism, depressive symptomatology and behavioral activation, were measured using questionnaires in 3 stages: before intervention, end of intervention (duration of two weeks) and one month after. A notebook made it possible to collect the perceptions of the participants on their activities before and after their realization.

Outcome : The results did not reveal significant effects on the different variables and questionnaires that would be due to the intervention of the BPS. However, activity planning would have allowed a reduction in symptomatology and an increase in behavioral activation in both groups during the intervention. It seems that the nature of the activity is a mediator of engagement, with a preference by participants for activities of an enjoyable nature.

Limitations : The sample size may be a factor influencing the results obtained by ANOVA and therefore not representative of the general population. The exercise of BPS can be complicated for some people to perform, moreover when the presence of depressive symptoms would be linked to factors beyond control. Moreover, this ideal future may seem unattainable and accentuate the feeling of despair. Finally, it is not entirely possible to ensure that the participants carry out the exercise well, whose content (unexploited in the study) could be a factor influencing its effectiveness.

Strengths : The intervention allowed people to realize some of their difficulties and to undertake a follow-up process. Moreover, the BPS proved to be a great discovery for most of the participants who experienced it, going as far as becoming a tool in case of difficulties.

Conclusion : Although not having shown a significant effect, it appears that the use of BPS can allow depressed people to regain control over their lives. It would be interesting to further explore the effects of BPS on self-esteem. In addition, looking at possible profiles that are more receptive to the BPS could allow them to accentuate their results and avoid potential deleterious effects.

Table des matières¹

REMERCIEMENTS.....	2
RÉSUMÉ.....	3
ABSTRACT.....	4
TABLE DES MATIÈRES	5
TABLE DES ABRÉVIATIONS.....	8
TABLE DES FIGURES	8
TABLE DES TABLEAUX.....	8
INTRODUCTION	9
PARTIE I : THÉORIQUE.....	11
CHAPITRE I : LA DÉPRESSION.....	11
1. QU'EST-CE QUE LA DÉPRESSION ?	11
2. LA SYMPTOMATOLOGIE DÉPRESSIVE	13
2.1. <i>L'humeur dépressive</i>	13
2.1.1. Les pensées négatives tournées vers le monde/l'entourage	13
2.1.2. Les pensées négatives tournées vers le futur.....	15
2.1.3. Les pensées négatives tournées vers soi	16
2.2. <i>L'anhédonie : la perte de plaisir</i>	17
2.3. <i>L'aboulie : la perte de motivation</i>	18
3. LA « QUÊTE DU BONHEUR », ÉVIDENCE OU ILLUSION ?.....	19
3.1. <i>Bonheur hédonique VS bonheur eudémonique</i>	19
3.2. <i>Interventions en psychologie positive</i>	19
3.3. <i>Le paradoxe du bonheur, les coulisses de la psychologie positive</i>	20
4. CONCLUSION.....	21
CHAPITRE II : UNE INTERVENTION THÉRAPEUTIQUE BASÉE SUR LE BEST-POSSIBLE-SELF	21
1. LE BPS, UN EXERCICE DE PSYCHOLOGIE POSITIVE	22
1.1. <i>Origine et principe du Best-Possible-Self</i>	22
1.2. <i>Les bienfaits du Best-Possible-Self</i>	22
1.3. <i>Les points de vigilances dans l'utilisation du Best-Possible-Self</i>	23
2. LES APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES DU BEST-POSSIBLE-SELF DANS LA DÉPRESSION	24
2.1. <i>Le BPS et l'optimisme</i>	24
2.2. <i>Le BPS et le bien-être psychologique</i>	25
2.3. <i>Le BPS et la motivation</i>	27
3. L'ACTIVATION COMPORTEMENTALE : PROCESSUS ET INTERETS THÉRAPEUTIQUES.....	27

¹ Bien que n'utilisant pas l'écriture inclusive pour des facilités de lecture, ce document s'adresse à tout le monde et tient compte des préférences de genre.

3.1.	<i>Symptomatologie dépressive et activation comportementale</i>	27
3.2.	<i>Processus et composantes thérapeutiques de l'activation comportementale</i>	29
3.3.	<i>BPS et activation comportementale</i>	31
4.	CONCLUSION	31
CHAPITRE III : L'IMAGERIE MENTALE DANS LA THÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE		32
1.	L'IMAGERIE MENTALE COMME PROCESSUS COGNITIF	32
2.	LES INTÉRÊTS DE L'UTILISATION DE L'IMAGERIE MENTALE EN PSYCHOLOGIE	32
2.1.	<i>Imagerie mentale et dépression</i>	32
2.2.	<i>Imagerie mentale et affects (positifs et négatifs)</i>	33
2.3.	<i>Imagerie mentale et engagement dans des activités</i>	34
3.	UTILISATION CONJOINTE DU BPS ET DE L'IMAGERIE MENTALE	36
4.	CONCLUSION	38
CHAPITRE IV : QUESTIONS DE RECHERCHE ET HYPOTHÈSES		38
1.	OBJECTIF DE L'ÉTUDE	38
2.	QUESTION DE RECHERCHE ET SOUS-QUESTIONS	38
3.	HYPOTHÈSES ET RÉSULTATS ATTENDUS	39
PARTIE II : EMPIRIQUE		40
CHAPITRE V : MÉTHODOLOGIE (RÉDIGÉ EN COLLABORATION AVEC VAN STAPPEN CHARLOTTE)		40
1.	CARACTÉRISTIQUES ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	40
1.1.	<i>Échantillon</i>	40
1.2.	<i>Recrutement</i>	40
2.	OUTILS DE MESURE	41
2.1.	<i>Questionnaires</i>	41
2.1.1.	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	41
2.1.2.	Behavioral Activation for Depression Scale (BADSLF)	41
2.1.3.	Beck Depression Inventory – second edition (BDI - II)	42
2.1.4.	Revised Life Orientation Test (LOT-R)	42
2.1.5.	Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)	42
2.1.6.	Savoring Belief inventory (SBI)	42
2.1.7.	Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS)	43
2.1.8.	Plymouth Sensory Imagery Questionnaire (PSIQ)	43
2.2.	<i>Carnet de bord</i>	43
2.3.	<i>Entretien semi-structuré standardisé</i>	43
2.4.	<i>Enquête de satisfaction</i>	43
3.	PROCÉDURES	44
3.1.	<i>Labo de passation :</i>	44
3.2.	<i>Chronologie et contenu de la procédure :</i>	44
3.3.	<i>Screening téléphonique :</i>	44
3.4.	<i>Première phase de testing (T1) :</i>	44
3.5.	<i>Appel téléphonique de suivi :</i>	45

3.6.	<i>Deuxième phase de testing (T2) :</i>	45
3.7.	<i>Follow-up (T3) :</i>	45
CHAPITRE VI : PRÉSENTATIONS DES RÉSULTATS		46
1.	STATISTIQUES DESCRIPTIVES : PRÉSENTATION DES DONNÉES RECUEILLIES	46
1.1.	<i>Données sociodémographiques</i>	46
1.2.	<i>Données recueillies sur les activités planifiées</i>	47
1.3.	<i>Données recueillies des différents questionnaires</i>	49
2.	ANALYSES STATISTIQUES POUR REPONDRE AUX HYPOTHESES	50
2.1.	<i>Résultats des activités planifiées</i>	50
2.1.1.	Analyse du nombre d'activités réalisées en fonction du groupe	50
2.1.2.	Analyses des variables évaluées en T1 et en T2	50
2.1.3.	Analyses des variables évaluées seulement en T2	53
2.2.	<i>Résultats des questionnaires</i>	54
2.2.1.	Analyses de l'échantillon total en fonction du temps et de la condition	54
2.2.2.	Analyses de l'échantillon réduit en fonction du temps et de la condition	57
CHAPITRE VII : DISCUSSION		61
1.	RAPPELS DES OBJECTIFS DE L'ÉTUDE, MÉTHODOLOGIE ET HYPOTHÈSES	61
2.	RAPPELS ET INTERPRÉTATIONS DES RÉSULTATS	62
3.	IMPLICATIONS ET PERSPECTIVES	66
4.	LIMITES DE L'ÉTUDE	67
CONCLUSION		69
BIBLIOGRAPHIE		70

Table des abréviations

APA	American Psychological Association
BADS	Behavioral for activation depression scale
BDI-II	Beck Depression Inventory II (2ième édition)
BPS	Best Possible Self
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
IPP	Intervention en psychologie positive
LOT-R	Revised Life Orientation Test
PANAS	Positive and Negative Affect Schedule
PSIQ	Plymouth Sensory Imagery Questionnaire
SBI	Savoring Belief Inventory
WEMWBS	Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale

Table des figures

FIGURE 1 : CRITÈRES DIAGNOSTICS D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR (DSM-5)	12
FIGURE 2 : MODÈLE RÉVISÉ DE LA DÉPRESSION DE MANOS ET AL. (2010) PAR BLAIRY ET AL. (2020)	15
FIGURE 4 : LES MÉCANISMES EN ŒUVRE DANS LA DÉPRESSION ET L'ACTIVATION COMPORTEMENTALE (DONDÉ ET AL., 2018)	30
FIGURE 5 : CHRONOLOGIE ET CONTENU DE LA PROCÉDURE.....	44

Table des tableaux

TABEAU 1 : DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTS	47
TABEAU 2 : STATISTIQUES DESCRIPTIVES DES DONNÉES SUR LES ACTIVITÉS PLANIFIÉES EN FONCTION DE LA NATURE DE L'ACTIVITÉ. DU TEMPS ET DE LA CONDITION	48
TABEAU 3 : STATISTIQUES DESCRIPTIVES DES QUESTIONNAIRES EN FONCTION DE LA CONDITION ET DU TEMPS (T1-T2)	49
TABEAU 4 : STATISTIQUES DESCRIPTIVES DES QUESTIONNAIRES EN FONCTION DE LA CONDITION ET DU TEMPS (T1-T2-T3)	49

Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2023), 280 millions de personnes souffriraient de dépression à différents degrés d'intensité dans le monde. Il semblerait que ce soit pour les pays non industrialisés et à faibles revenus que le tableau soit le plus dramatique (Evans-Lacko et al., 2018). En effet, plus de 75% des personnes présentant des troubles dépressifs et y vivant n'ont accès à aucun traitement pharmacologique et/ou de prise en charge psychologique. Les raisons sembleraient être principalement : le fait que peu de personnes soient formées à la prise en charge, la stigmatisation de la santé mentale ainsi que le manque de moyens financiers et d'investissement dans les domaines des soins.

Dans un rapport, Sciensano (2024) reprend les chiffres de trois enquêtes réalisées depuis 2020 dans toutes les provinces de Belgique. Selon ceux-ci, 18% de la population belge présentait une symptomatologie dépressive en novembre 2023. Ces enquêtes montrent que ce sont dans les régions Bruxelles Capitale et Wallonie (plus défavorisées et précaires) que la dépression est la plus présente. De plus, selon des statistiques de l'Institut national d'invalidité-maladie (INAMI, 2022a) 36.44% des invalidités de longue durée étaient dues à des troubles mentaux, dont 66.39% correspondaient à la dépression et au burn-out, avec un coût considérable de plus de 1.6 milliard d'euros en indemnités lors de l'année 2020.

Les psychologues de première ligne proposent des interventions afin de pallier l'augmentation des demandes de suivi. L'INAMI prend partiellement en charge huit séances pour les adultes présentant des troubles psychologiques comme la dépression (Institut national d'invalidité-maladie (INAMI), 2022b). Dans l'optique de respecter ce délai, il conviendrait de réduire la durée des interventions pour permettre au plus grand nombre d'y accéder. Ce mémoire s'intéresse à différents outils pouvant être utilisés : l'exercice du Best-Possible-Self (BPS), l'activation comportementale et l'imagerie mentale.

Premièrement, le BPS est un exercice d'écriture (King, 2001) issu de la psychologie positive. Il consiste à imaginer un futur idéal où tout s'est déroulé pour le mieux possible. Il invite l'individu à explorer ses valeurs et les buts qu'il aimerait atteindre. L'intervention du BPS peut présenter de nombreux intérêts en psychothérapie comme l'amélioration du bien-être, de l'optimisme, de l'humeur, des attentes positives envers le futur et la réduction de la symptomatologie dépressive (Carrillo, Rubio-Aparicio, et al., 2019).

Deuxièmement, l'activation comportementale a fait ses preuves dans le traitement de la dépression (Dondé et al., 2018; Ekers et al., 2008, 2014). Elle présente des avantages par rapport à d'autres thérapies (Richards et al., 2016), bien que son protocole s'étale sur une durée de 12 à 24 séances (Poinot, 2018). Son utilité est considérée de manière empirique et détaillée dans l'ouvrage de Blairy et al. (2020). Les autrices y explorent son utilisation pour réduire ruminations et évitements comportementaux présents dans la dépression.

Troisièmement, l'imagerie mentale est utilisée en psychothérapie depuis des décennies dans les pays anglophones mais peu répandue dans le domaine médical francophone (Ceschi & Pictet, 2018). Récemment, elle a montré son utilité et son efficacité dans la prise en charge de la symptomatologie dépressive, car elle serait plutôt simple à mettre en application (ne demandant pas de formation excessive) et qu'une dizaine de séances apporterait déjà des effets prometteurs (Ceschi & Pictet, 2018).

Compte tenu du nombre grandissant de personnes présentant une dépression et de son coût pour la société, il semble primordial de considérer toutes les pistes possibles pour améliorer les interventions en psychothérapie et réduire leur durée. Le Best-Possible-Self, l'activation comportementale et l'imagerie mentale présentent des intérêts convergents dans la prise en charge de cette pathologie. Une alliance entre les trois pourrait-elle réduire la durée de prise en charge et donc les coûts pour la société ? Cette étude poursuit comme objectif d'explorer les intérêts de cette intervention conjointe dans la prise en charge de la dépression, qui semble devenir une « problématique » de société (Giust-Ollivier, 2019).

Ce mémoire se divise en deux parties destinées à répondre à nos différentes hypothèses. La première, théorique, explorera la symptomatologie dépressive (chapitre I), une intervention basée sur le Best-Possible-Self (chapitre II) et l'utilisation de l'imagerie mentale dans la thérapie cognitive et comportementale (chapitre III). Elle se terminera par la question de recherche (chapitre IV) à laquelle tente de répondre ce mémoire ainsi que par les hypothèses et les résultats attendus. La partie empirique exposera la méthodologie (chapitre V) qui s'inspire de celles de Meevissen et al. (2011). Elle présentera et analysera les résultats obtenus à l'aide de traitements statistiques (chapitre VI) avant de les discuter (chapitre VII) en les mettant en perspective avec d'autres résultats de la littérature. Cette seconde partie se conclura en reprenant les principaux éléments saillants de ce travail et en proposant des pistes pour les recherches futures.

Partie I : Théorique

Chapitre I : La dépression

Ce premier chapitre se propose d'explorer le concept de la dépression et de définir quels en sont les symptômes. Ceux-ci seront considérés dans le prisme de l'approche cognitive et comportementale avant d'introduire la notion de psychologie positive et sa quête du bonheur.

1. Qu'est-ce que la dépression ?

Le mot dépression vient du terme latin « depressio » signifiant « enfoncement, abaissement » (Dictionnaire de l'Académie française, 1992). Initialement, ce terme était non apparenté au concept psychopathologique de trouble mental, car il se référait à un changement d'état physique (abaissement de la pression) ou à un phénomène économique (grande dépression). Dès le 18^{ième} siècle, le terme dépression sera défini dans le domaine médical comme un état de baisse de moral avec une tristesse profonde et une perte d'intérêt pour la vie.

Selon les chiffres, la dépression serait le trouble psychologique le plus fréquent (Todorov & Gourevitch, 2022) – 3.8% de la population mondiale OMS], 2023) et 9.4% de la population belge en 2018 (Sciensano, 2024) – avec un taux de morbi-mortalité très élevé (Peretti, 2013) dont l'une des issues les plus dramatiques est le suicide. L'OMS (2017) précise que cette pathologie est la première cause de morbidité et d'invalidité dans le monde, étant fortement corrélée avec d'autres (anxiété, choc post-traumatique, douleur chronique ou consommation de substances). Elle peut être vécue par tout individu au cours de sa trajectoire de vie, bien qu'elle semble plus souvent se déclarer à deux périodes charnières : 20 à 30 ans et 50 à 60 ans (Cottraux, 2020). La première représente le moment où l'individu quitte le nid familial et commence à voler de ses propres ailes avec une augmentation des responsabilités privées, relationnelles et professionnelles : il se définit. La deuxième période correspond à un changement radical dans la vie d'un adulte accompli, habituellement, la fin de la carrière professionnelle et la modification du rôle parental : il se redéfinit. Ces changements peuvent générer du stress. Ainsi, la dépression est un trouble complexe avec des répercussions sur la vie quotidienne (Blackburn & Cottraux, 2022).

Bien qu'étant fréquent, ce trouble n'est pas pour autant aisé à déceler dans certains cas. En effet, dans la conjecture en psychologie clinique, il est considéré comme un syndrome hétérogène (Blairy et al., 2020; Wagener et al., 2017). Dans l'approche psychopathologique, la dépression est considérée comme un trouble de l'humeur caractérisé par différents symptômes, recensés dans le « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV) » (Figure 1) de l'American Psychiatric Association (APA, 2015). Elle est communément diagnostiquée selon ces critères à l'aide de questionnaires auto-rapportés comme la Beck

Depression Inventory II (Beck et al., 1996). Selon le DSM-5, il est nécessaire de présenter au minimum cinq symptômes et ce depuis au moins deux semaines, ce qui induit de nombreuses possibilités de combinaisons. De plus, certains symptômes possèdent plusieurs valences, c'est le cas de l'appétit qui peut être augmenté ou diminué. De la sorte, il conviendrait presque de dire qu'il existe autant de dépressions que de dépressifs, car les variations dans les différents tableaux cliniques montrent que les symptômes s'expriment de manière hétérogène. Une étude réalisée par Wagener (2017) a classé ces tableaux en six grands profils, dont certains montrent des oppositions marquées quant à l'expression de leurs troubles (« insomniaques » vs « grands dormeurs » sur le symptôme « troubles du sommeil »). De plus, les symptômes peuvent varier en intensité et fréquence chez les individus (Monroe & Anderson, 2015).

Selon Peretti (2013), la dépression serait composée de trois catégories de symptômes : (1) l'humeur dépressive, (2) le ralentissement psychomoteur et (3) les signes somatiques associés. La première se référerait à des composantes cognitives (pensées, perceptions, interprétations, ruminations), alors que la deuxième serait liée à des composantes comportementales (motivation, engagement, agentivité, évitements). La dernière s'apparente aux manifestations physiques (sommeil, poids). Dans le DSM-5, les critères A1 (humeur dépressive) et A2 (perte de plaisir) feront l'objet d'un intérêt particulier dans cette étude. La section qui suit s'intéresse à la symptomatologie dépressive via des modèles cognitifs et comportementaux afin de comprendre sa provenance et son maintien. Ainsi, l'humeur dépressive sera approfondie afin d'amener à la notion de perte de plaisir et ses possibles conséquences sur la motivation.

<p>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.</p> <p>NB. Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection générale.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (sentiment de tristesse ou vide) ou observée par les autres (pleurs). 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 (5%) en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit 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 tous les jours. 7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade). 8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres). 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. <p>B. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.</p> <p>C. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.</p> <p>D. L'épisode ne répond pas aux critères du trouble schizoaffectif et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant ou à un autre trouble psychotique.</p> <p>E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.</p> <p>Note: La réponse normale et attendue en réponse à un événement impliquant une perte significative (ex : deuil, ruine financière, désastre naturel), incluant un sentiment de tristesse, de la rumination, de l'insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, peuvent ressembler à un épisode dépressif. La présence de symptômes tels que sentiment de dévalorisation, des idées suicidaires (autre que vouloir rejoindre un être aimé), un ralentissement psychomoteur, et une altération sévère du fonctionnement général suggèrent la présence d'un épisode dépressif majeur en plus de la réponse normale à une perte significative.</p>

Figure 1 : Critères diagnostics d'un épisode dépressif majeur (DSM-5)

2. La symptomatologie dépressive

2.1. L'humeur dépressive

L'une des caractéristiques principales de la dépression est l'humeur morose, dite dépressive, présente quasiment toute la journée et manifestée par des sentiments de tristesse ou de vide rapportés par le patient ou son entourage. Selon Blackburn & Cottraux (2022), elle peut s'expliquer par une modification des perceptions de l'individu sur le monde qui l'entoure et lui-même : se créent alors des croyances erronées dues à des biais cognitifs. Par exemple, il pourrait présenter un biais dit de « dichotomie » où il verrait les choses selon une valence arbitraire du « tout ou rien », estompant les nuances dans les perceptions et leur intégration. L'individu pourrait alors penser que la moindre petite erreur réduirait tous ses efforts à néant.

Beck et al. (1987) introduisent l'hypothèse selon laquelle un individu déprimé aurait tendance à ne voir que les affects négatifs et à se concentrer principalement sur ce qui ne va pas dans son environnement. Ce biais de négativité est au cœur d'un modèle cognitif de la dépression nommé la triade cognitive de Beck recensant trois types de pensées négatives sur : soi-même (« je ne vauds rien », « je ne suis pas assez »), le monde/l'entourage (« les autres ne m'aiment pas », « le monde est injuste ») et le futur (« c'est sans espoir »). Léonard De Vinci disait à raison que : « nos connaissances viennent de nos perceptions ». Dit autrement, l'individu percevrait le monde et l'interprétait pour lui donner du sens, créant ainsi sa propre réalité. Dans la dépression, il semblerait que les processus de perceptions, d'attention, d'interprétation et de mémoire de travail soient défectueux (Mathews & MacLeod, 2005). Dans une étude, Gotlib et al. (2004) ont comparé trois groupes (dépressifs, trouble d'anxiété généralisé, non-pathologique) en leur montrant des images de visages présentant des marqueurs émotionnels spécifiques (triste, colère et heureux). Les résultats ont montré que les personnes présentant une symptomatologie dépressive avaient réagi seulement aux visages présentant de la tristesse, contrairement aux deux autres groupes. Elles semblent donc sujettes à une perception tournée vers les éléments négatifs (LeMoult & Gotlib, 2019) et à difficilement s'en détacher pour se tourner vers des stimuli plus positifs (Blairy et al., 2020). Comme l'ont décrit Beck et al. (1987), la dépression présente une composante cognitive avec une production dysfonctionnelle de pensées automatiques négatives (Blackburn & Cottraux, 2022), qui serait l'un des facteurs clés expliquant l'apparition et le maintien des troubles de l'humeur comme la dépression (Nieto et al., 2020). La suite s'intéresse aux trois dimensions de la triade de Beck pour motiver les intérêts cliniques à travailler sur les pensées négatives afin de diminuer l'humeur dépressive.

2.1.1. Les pensées négatives tournées vers le monde/l'entourage

Les pensées négatives sur le monde et l'entourage sont liées à la tendance des individus déprimés à se focaliser principalement sur les éléments négatifs de leur environnement (Beck et al., 1987). Dans ses travaux, Teasdale (1988) a montré qu'ils présentaient plus de biais attentionnels vers les éléments négatifs. Cette mise

en lumière a fait l'objet de nombreuses études s'intéressant aux différents biais cognitifs présents dans la dépression et reprises dans deux méta-analyses de Everaert et al. (2017) et Nieto et al. (2020). Celle du second regroupait 63 études, publiées entre 1979 et 2017, comparant des groupes cliniquement déprimés à des groupes contrôles (autre pathologie, dépression légère, non clinique) et tenant compte d'une définition du concept de biais cognitifs comme celui décrit dans le modèle de Beck. Les auteurs ont validé l'hypothèse selon laquelle les personnes déprimées ont tendance à interpréter négativement des scénarios de nature neutre. Mais que cela signifie-t-il exactement ? Dans les faits, un individu présentant une symptomatologie dépressive aurait tendance à ne voir que ce qui ne va pas dans sa vie. Il pourrait, quand son humeur est plus basse, avoir des sentiments de nostalgie envers le passé et considérer que c'était mieux avant. Ceci n'améliorera pas son humeur, entraînera encore plus de pensées négatives l'amenant à occulter les éléments positifs et se créera alors un cercle vicieux le privant d'échappatoires.

D'ailleurs, Blairy et al. (2020) dans leur modèle révisé de Manos et al. (2010), appuient ces hypothèses selon lesquelles la personne déprimée présentera un système de traitement de l'information inadéquat avec une attention sélective tournée vers les informations négatives et une altération des processus de récompenses (voir **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**). Les autrices y décrivent les processus à l'origine de l'apparition et du maintien de la symptomatologie dépressive en se basant sur les modèles cognitif de Beck et comportemental de Ferster et Lewonsohn. Ce dernier prend appui sur le conditionnement opérant de Skinner selon lequel un individu aura tendance à reproduire des comportements pour obtenir une récompense ou éviter une punition et à éteindre ceux ne générant pas de récompense voire amenant une punition. Prenons l'exemple d'un étudiant qui rédige son mémoire et doute de ses capacités : se mettre devant l'ordinateur et hésiter à chaque ligne pourrait générer de l'anxiété (punition positive²). Il pourrait décider de quitter son poste de travail pour se mettre devant la télévision (changement de comportement) afin de supprimer les sensations désagréables (récompense négative). Ce choix réduira son activation comportementale (travailler) et augmentera ses évitements comportementaux (regarder la télévision) et/ou cognitifs (penser à autre chose voire se critiquer). Si le comportement d'évitement perdure, les risques que l'étudiant développe une symptomatologie dépressive augmentent. Ceci pourrait l'amener à s'isoler et à percevoir ce qui l'entoure de manière plus négative. Lorsque quelqu'un lui demande comment avance son travail, il pourrait se sentir accusé et attaqué alors qu'il n'y avait pas forcément cette intention derrière la question posée. Il pourrait percevoir que tout lui rappelle son incompetence à travailler sur son mémoire, sentiment pouvant se propager à tous les domaines de sa vie. Ainsi, l'étudiant pourrait développer un biais attentionnel pour les informations négatives.

² Les termes positif et négatif font référence aux valences positives et négatives comme reprises dans le conditionnement opérant, c'est-à-dire un ajout ou une suppression. Il n'y a pas de jugement de valeur dans ces termes. Une punition négative correspond à la suppression d'un élément qui était agréable (confisquer son jouet à un enfant). A contrario, une punition positive est l'apparition d'un facteur qui est perçu comme une punition (corvée vaisselle). Même principe pour les récompenses positives (avoir un deuxième dessert) et négatives (suppression corvée vaisselle).

En définitive, la dépression influencerait les perceptions qu'un individu peut se faire du monde qui l'entoure. Il s'en suivra des interprétations parfois erronées avec des croyances dysfonctionnelles qui pourraient impacter la manière dont il se projette dans l'avenir. Selon MacLeod & Conway (2005), la façon dont un individu va imaginer son futur serait un élément central de son bien-être. De surcroît, Nieto et al. (2020) ont mis en lumière que la dépression serait fortement liée aux pensées négatives vis-à-vis de l'avenir.

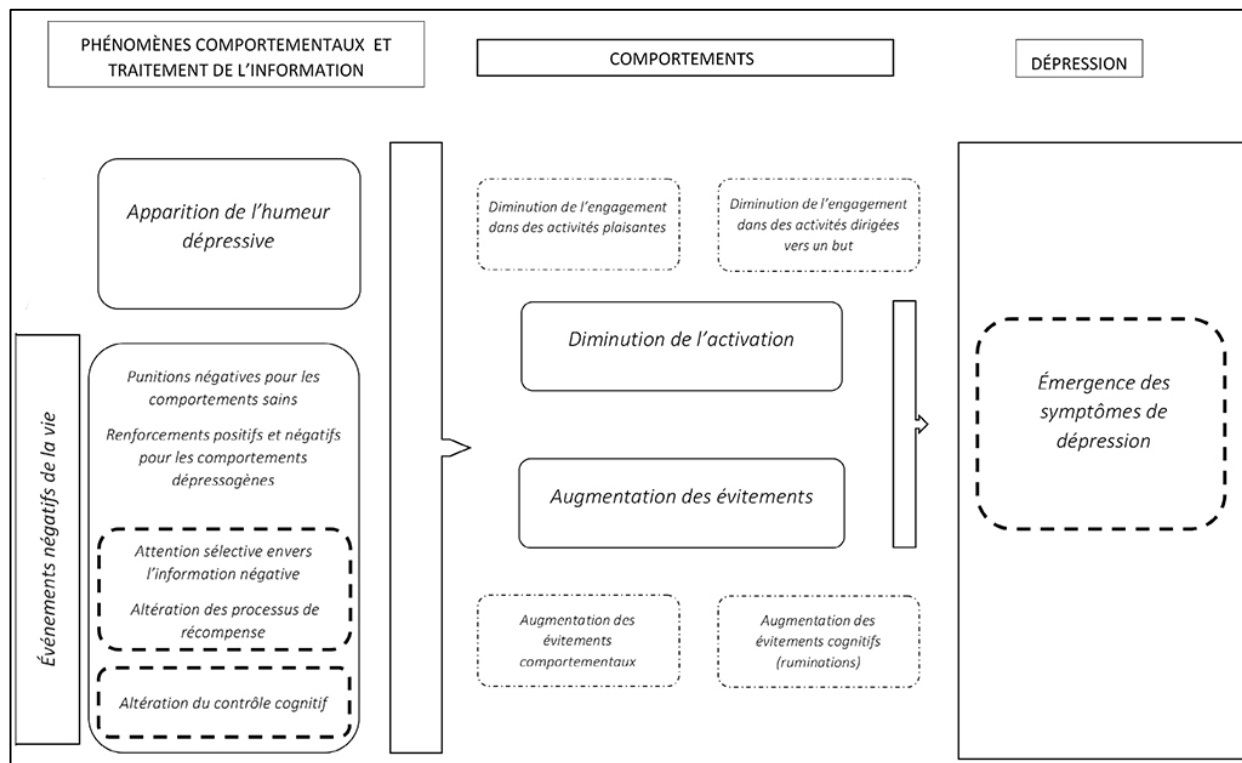


Figure 2 : Modèle révisé de la dépression de Manos et al. (2010) par Blairy et al. (2020)

2.1.2. Les pensées négatives tournées vers le futur

Avant toute chose, les pensées négatives sur le futur peuvent s'apparenter à la perception d'un avenir sans espoir, notion introduite par Seligman (1975) dans ses travaux sur l'impuissance acquise. Lors de ceux-ci, des chiens ont été soumis à un dispositif composé de deux tapis contigus et électrifiés s'activant en alternance. À l'allumage du courant, les chiens sautaient sur l'autre tapis pour échapper à la douleur. Seligman a remarqué que quand les deux tapis étaient électrifiés simultanément, les chiens finissaient par ne plus lutter. Ils témoignaient alors des sentiments d'abattement et de résignation, leurs actions n'ayant pas d'impact sur leur environnement (pensées négatives envers le monde). Seligman a élaboré le modèle de l'impuissance acquise qu'il revisita avec Abramson et al. (1978) pour l'adapter aux humains. Dans d'autres études, il a montré que la perception d'absence de contrôle sur son environnement augmente le sentiment de désespoir et, par conséquent, augmente la probabilité de développer des symptômes dépressifs (Abramson et al., 1978; Goldberg, 1976). Par exemple, lors de la pandémie Covid-19, de nombreux indépendants se sont vu obligés de réduire voire stopper leurs activités. Les mesures prises n'ont pas été de leur fait, ils ont eu peu de contrôle sur leur application ou leur modification. Les factures continuant d'affluer sans rentrées d'argent suffisantes,

ils ont pu développer un sentiment de désespoir et une perte de confiance en l'avenir, rendant le terrain propice à la dépression.

Par la suite, Myles et al. (2021) démontrent que l'absence du sentiment de contrôle perçu, cumulée à la présence d'une symptomatologie dépressive, serait un élément critique dans le maintien d'un bien-être psychologique satisfaisant. Ils se sont demandé si (1) le désir de contrôle pouvait avoir un effet modérateur sur la relation qui existe entre (2) le contrôle perçu et (3) la symptomatologie dépressive. Pour ce faire, ils ont évalué ces trois dimensions chez 350 sujets. Ils les ont répartis en quatre groupes, selon le désir de contrôle (DC : faible vs fort) et la perception de contrôle (PC : faible vs fort), afin de comparer leur score de dépression. Les résultats ont montré que le groupe « DC faible/PC faible » présentait la symptomatologie dépressive la plus sévère et que le groupe « DC faible/PC fort » avait la plus faible. Dit autrement, quand les individus perçoivent qu'ils ont du contrôle, ils sont moins déprimés. Le DC serait un élément crucial dans le fait d'essayer de récupérer du contrôle quand la PC diminue chez l'individu, ce qui serait un facteur protecteur du bien-être psychologique (Myles et al., 2021). Une autre recherche, menée par Myles & Merlo (2022), a confirmé leurs précédents résultats à savoir que la perception d'un sentiment de contrôle plus élevé permet une réduction de la symptomatologie dépressive.

Par conséquent, il serait intéressant de se pencher sur l'utilisation d'une intervention visant à accroître ce sentiment de contrôle pour augmenter le bien-être et réduire la symptomatologie dépressive. Se sentir capable de réaliser une action ou de résoudre un problème relèverait des concepts de confiance et d'estime de soi. Or, selon le DSM-5 (Figure 1) de l'Am (2015), la dépression peut être caractérisée par une tendance à la culpabilité, à la dévalorisation et à une mauvaise image de soi.

2.1.3. Les pensées négatives tournées vers soi

Les pensées négatives tournées vers soi peuvent entraîner des biais cognitifs et des erreurs d'interprétation dans la manière d'aborder le monde chez les personnes déprimées (Beck et al., 1987), qui auraient tendance à se dévaloriser (dialogue interne à valence négative avec auto-verbalisation dépréciative³) et à avoir une mauvaise image de soi (Blackburn & Cottraux, 2022). Selon Anderson & Evans (2015), cette dernière, dans le cadre de la dépression, inciterait un individu à évaluer négativement un événement positif. Pour imaginer, suite à une bonne soirée, une personne échange avec ses amis qui lui verbalisent qu'ils auraient aimé passer plus de temps avec elle. S'enclenchent alors chez elle des pensées négatives dépréciatives (« je n'ai pas été une bonne amie », « je n'ai pas été assez présente », « j'aurais dû faire plus attention ») bien qu'elle ait été à la hauteur et que ses amis apprécient sa compagnie. Elle considère que son absence auprès d'eux est le seul élément saillant de cette soirée, évaluant négativement cet événement positif. Anderson & Evans (2015)

³ Les personnes dépressives parlent d'elles avec des mots durs et dévalorisants, en se focalisant principalement sur leurs défauts et ce qu'elles n'arrivent pas à réaliser (Blackburn & Cottraux, 2022).

expliquent ce biais par le fait que les personnes prendraient moins de plaisir dans les événements de par leur symptomatologie dépressive.

En définitive, la dépression induit trois types de pensées négatives (Beck et al., 1987) : vers soi-même, vers le monde et vers le futur. Un individu ayant une mauvaise image de soi sera peu enclin à se faire confiance, ce qui, associé à un biais de négativité, ne lui permettrait pas de se projeter dans un avenir positif. La triade de Beck et al. (1987), illustre à quel point ces différentes pensées négatives forment un cercle vicieux qui l'enlène dans sa symptomatologie dépressive. Selon certains auteurs, l'humeur négative induirait une perte de plaisir (Anderson & Evans, 2015; Werner-Seidler & Moulds, 2011, 2012), symptôme auquel s'intéresse la section suivante.

2.2. L'anhédonie : la perte de plaisir

Théodule Ribot propose en 1896, le néologisme « anhédonie » pour définir l'insensibilité au plaisir, composé des racines grecques « a » et « hêdonê » signifiant respectivement « sans » et « plaisir ». Ce phénomène est un élément central de l'état dépressif majeur (Gaillard et al., 2013) et se manifeste par un désengagement et une perte d'intérêt progressif dans les activités précédemment plaisantes, présents pratiquement toute la journée et presque tous les jours (A2 - Figure 1). Dans un article traitant des différents aspects de l'hédonie (inverse de l'anhédonie), Fenouillet (2012) retrace son évolution dans la littérature scientifique et plus particulièrement en psychologie. Il s'intéresse à la place de l'hédonie dans la motivation à réaliser ou non des activités et énumère l'un des axiomes de la motivation selon Weiner (1996), qui avance que tout organisme recherche continuellement à rencontrer le plaisir et à fuir la douleur. Comme vu dans le modèle révisé de Manos et al. (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**), le fait de vouloir échapper à la douleur va amener la personne à esquiver certains comportements (comme l'étudiant qui évite de se confronter à la situation qui génère son anxiété). Par exemple, une personne peut choisir un comportement nuisible (manger un gâteau sucré qui apportera une récompense immédiate) ou sain (faire du sport qui engendrera de la douleur avec récompenses différées sur la santé physique). Fenouillet (2012) confirme l'importance de l'hédonie dans la motivation ainsi que dans le bien-être psychologique, et la place centrale de l'anhédonie dans la dépression devenant une porte d'entrée dans sa prise en charge. En effet, la perte de plaisir impacterait la motivation en amenant l'individu déprimé à moins agir sur son environnement (Burns et al., 2013; Grahek et al., 2019). Prenons l'exemple d'une employée qui a des difficultés relationnelles avec un collègue omniprésent durant les réunions d'équipe. Voulant éviter des discussions désagréables et des conflits, elle sera davantage silencieuse et discrète risquant de se détacher des missions valorisantes et plaisantes. Il pourrait alors en découler une diminution du bien-être psychologique résultant d'une diminution de l'engagement dans des activités tournées vers un but (Myles & Merlo, 2022). Ce phénomène serait, selon certaines hypothèses, dû à une baisse ou perte de motivation constatée chez les personnes dépressives (Fervaha et al., 2016).

2.3. L'aboulie : la perte de motivation

Les personnes déprimées, en plus d'avoir des symptômes comme la perte de plaisir et l'humeur dépressive, peuvent manifester une perte de motivation, appelée aussi aboulie. En effet, elles présentent des déficits dans leurs processus motivationnels (Fervaha et al., 2016) et n'éprouvent plus de plaisir à réaliser des activités qui leur en procuraient auparavant (Blackburn & Cottraux, 2022). Cette perte de plaisir induit une extinction des comportements d'approche vers les activités devenues moins attrayantes et prive la personne déprimée de renforcements positifs (Renner et al., 2017). Selon Pegg & Kujawa (2020), il semblerait que le système de récompense improductif chez les individus dépressifs réduise l'engagement dans des activités.

Selon Fenouillet (2012), « la motivation désigne une hypothétique force intra-individuelle protéique, qui peut avoir des déterminants internes et/ou externes multiples, et qui permet d'expliquer (1) la direction, (2) le déclenchement, (3) la persistance et (4) l'intensité du comportement ou de l'action ». Dans l'exemple précédent, la motivation de l'étudiant à réussir pourrait lui permettre de déclencher l'action (2) de se lever du canapé pour se rendre au bureau pour travailler (1). La sensation d'avancer peut augmenter la motivation à maintenir le comportement de travail (3). La définition d'objectifs et l'anticipation de leurs conséquences positives pourraient inciter l'étudiant à intensifier ses efforts (4) pour les atteindre nonobstant les difficultés.

Renner et al. (2019) qualifient la motivation d'état interne amenant l'individu à générer des comportements tournés vers un but ou un objectif et à les maintenir dans le temps. Selon Lhéréte (2015), la motivation est un concept complexe aux influences multifactorielles : stimulantes (récompenses, sentiment de réussite, accomplissement) ou inhibantes (stress, fatigue, sentiment d'échec, mauvaises expériences passées). En psychologie, il existe deux types de motivations : intrinsèque et extrinsèque (Deci & Ryan, 1985). La première est une motivation interne à l'individu (à l'instar de la satisfaction de réaliser une activité), nourrie par les valeurs et ce qui fait sens. La seconde est générée par des facteurs externes (éviter de recevoir une punition ou obtenir une récompense). Ryan & Deci (2000) ont introduit l'amotivation, un troisième type caractérisé par l'absence de motivation avec un détachement de l'action et de ses conséquences. Elle peut survenir lorsque les résultats du comportement n'ont pas de valeur ou d'intérêts pour l'individu. En effet, la motivation peut être provoquée et régulée par ses attentes, ses croyances ainsi que sa perception de lui-même, des autres et de son environnement (Schunk & DiBenedetto, 2020). Stimuler la motivation intrinsèque permettrait d'augmenter l'engagement dans des activités en travaillant simultanément sur les représentations de celles-ci ainsi que sur le plaisir et les récompenses qui en découlent (Blairy et al., 2020; Schunk & DiBenedetto, 2020b). Ci-avant, le lien étroit entre la motivation et le plaisir a été mis en lumière, tout comme le fait que leurs déficiences respectives sont au cœur de la symptomatologie dépressive. La section suivante s'intéresse à la psychologie positive, un courant psychothérapeutique qui explore ces thématiques afin d'atteindre le bonheur.

3. La « quête du bonheur », évidence ou illusion ?

La psychologie positive a été créée par Martin Seligman et Mihaly Csikszentmihalyi fin du 20^{ème} siècle alors que le premier était président de l'APA (Adler & Kessous, 2020; Hansenne, 2021; Martin-Krumm, 2021). Selon eux, il ne s'agit pas d'une nouvelle discipline mais d'une autre façon d'aborder la santé mentale, ayant constaté que jusqu'alors, la psychologie s'intéressait uniquement aux dysfonctionnements des individus. Ils voulaient rendre la psychologie plus positive, d'où le nom retenu pour ce néo-courant psychothérapeutique. Cette section introduit la psychologie positive, ses postulats et ses interventions tout en invitant à la critique objective cette approche entre psychologie et philosophie, qui peut parfois paraître idyllique.

3.1. Bonheur hédonique VS bonheur eudémonique

La psychologie positive est parfois nommée « science du bonheur » (Cabanas & Illouz, 2018; Cederström & Spicer, 2016; Chénard-Poirier & Vallerand, 2021; Hansenne, 2021). Il est intéressant de se pencher sur cette notion que l'Homme semble poursuivre inlassablement, tel le but ultime de son existence. Ryan & Deci (2000) distinguent deux types de bonheur : l'hédonique (bien-être subjectif) et l'eudémonique (bien-être psychologique). En vue d'augmenter les affects positifs (joie, satisfaction, gratitude) et de diminuer les négatifs (peur, anxiété, colère), l'hédonique consiste à jouir des plaisirs physiques et à avoir une vie plaisante. L'eudémonique germe dans les valeurs et aspirations de l'individu pour atteindre une vie satisfaisante remplie de sens induisant ainsi un sentiment de contrôle sur son environnement. Il serait plus important, intense et durable que le bonheur hédonique (Kashdan et al., 2008). Selon Chénard-Poirier & Vallerand (2021), l'investissement dans des activités porteuses de sens en lien avec les aspirations personnelles et les valeurs permettrait de ressentir et de développer le bonheur eudémonique. De plus, il favoriserait un meilleur engagement dans les activités, car généré par la motivation intrinsèque. Ainsi, l'étudiant qui rédige son mémoire pourrait se focaliser sur les raisons qui l'ont poussé à entreprendre ses études et aux projets futurs pour accroître sa motivation. Les adeptes de la psychologie positive basent la plupart de leurs modèles expérimentaux et interventions thérapeutiques sur ce concept de bonheur eudémonique.

3.2. Interventions en psychologie positive

Les interventions en psychologie positive (IPP) sont composées d'exercices comportementaux ou écrits tournés vers soi ou les autres, comme l'écriture ou l'expression de gratitude, l'écriture du Best-Possible-Self, l'identification et l'utilisation redéfinie des forces de caractères (Adler & Kessous, 2020; Hansenne, 2021; Hendriks et al., 2020). De nombreuses études montrent l'efficacité des IPP dans la prise en charge de la dépression et de l'anxiété (Chakhssi et al., 2018; Seligman et al., 2005; Sin & Lyubomirsky, 2009; Sitbon et al., 2019; Townsley et al., 2023). Ces interventions permettraient d'augmenter l'optimisme, les émotions positives, le bien-être psychologique et le sentiment d'auto-efficacité. Selon Fredrickson (2001), les émotions positives élargissant la pensée (les négatives focalisant sur le problème) seraient une cible prédestinée pour les IPP et expliqueraient leur efficacité. Quoidback et al. (2015) suggèrent quant à eux que les effets de la

psychologie positive seraient dus à des mécanismes de gestion émotionnelle (se focaliser sur des émotions positives pour réduire l'impact des émotions négatives).

Le modèle PERMA, créé par Seligman (2012), est l'un des plus connus de la psychologie positive car il apporterait des pistes concrètes pour accéder au bonheur (Adler & Kessous, 2020; Chénard-Poirier & Vallerand, 2021; Hansenne, 2021; Martin-Krumm, 2021). Seligman percevrait son modèle comme la fusion des bonheurs hédonique et eudémonique. Il tire son nom de l'acronyme suivant :

- P – « Positive Emotion » (émotion positive) : ressentir davantage d'émotions positives que négatives.
- E – « Engagement » (vie engagée) : s'investir et s'impliquer dans le quotidien, les objectifs et activités personnelles.
- R – « Relationship » (relations sociales) : miser sur la qualité et l'authenticité des relations.
- M – « Meaning » (vie qui a du sens) : vivre en adéquation avec les valeurs et objectifs profonds.
- A – « Accomplishments » (réalisations personnelles) : atteindre un sentiment d'accomplissement et de réalisation.

Ces cinq clés du bonheur permettraient d'avoir une vie épanouie que tout être humain peut atteindre à force d'apprentissages et de persévérance (Seligman, 2012). Pour illustrer, un chômeur qui resterait enfermé chez lui alors qu'il aimerait pouvoir travailler, ne vivrait pas une vie satisfaisante selon le modèle PERMA. Le manque de valorisation et de réussite pourrait l'amener à ressentir des émotions négatives et un sentiment d'échec. En s'investissant comme bénévole (E), activité en accord avec ses valeurs (M), il pourrait commencer à ressentir des émotions positives (P) tout en créant de nouvelles relations (R). Le cercle vertueux qui se mettrait alors en place pourrait lui permettre de développer un sentiment d'accomplissement (A).

Toutefois, le modèle PERMA reste controversé dans la communauté scientifique étant donné ses manques d'originalité, d'études de réplication et de vérification par les pairs (Goodman et al., 2018; Hansenne, 2021). En effet, Coffey et al. (2016) l'ont éprouvé et ont conclu qu'il n'était pas vraiment différent des modèles précédents sur le bien-être psychologique, car il n'apporterait pas de contenu révélateur ou innovateur.

Accessibles et faciles à mettre en place sans l'encadrement d'un psychologue (Adler & Kessous, 2020; Chénard-Poirier & Vallerand, 2021; Martin-Krumm, 2021), les IPP et leurs résultats se sont offerts les faveurs du grand public, friand de développement personnel (Hansenne, 2021). Cependant, il n'existe aucune définition unanime des IPP (Hendriks et al., 2020) traduisant à nouveau d'un manque de cohérence de la psychologie positive (Hansenne, 2021).

3.3. Le paradoxe du bonheur, les coulisses de la psychologie positive

Dans son ouvrage intitulé « la face cachée de la psychologie positive », Hansenne (2021) explique que malgré son air scientifique au premier abord, cette discipline manque de consistance, tirant par moment des conclusions hâtives sans vérifier, éprouver et tester ses paradigmes. Il ouvre le questionnement sur les effets

potentiellement délétères, comme faire naître des sentiments de culpabilité chez ceux ne parvenant pas à atteindre l'objectif du bonheur, qui serait à la portée et de la responsabilité de tout un chacun (Seligman, 2012).

L'obsession de la psychologie positive pour le bonheur et l'auto-déterminisme des individus remonte à ses racines américaines, société individualiste poursuivant un « american dream », le bonheur, et prônant le « self-made man », l'homme se faisant tout seul (Cabanas & Illouz, 2018; Cederström & Spicer, 2016). Arrivée à l'aube du 21^{ème} siècle, elle a également attiré l'attention de l'économie (impacts de l'accroissement du bonheur pour accroître la productivité des employés) et de la politique (l'évaluation du bonheur des habitants d'un pays pour remplacer le produit intérieur brut) (Cabanas & Illouz, 2018; Cederström & Spicer, 2016). Les recherches en psychologie positive ont reçu de nombreux financements des pouvoirs publics mais aussi d'entreprises privées (comme Coca-Cola®) afin de trouver les ingrédients du bonheur, devenu l'objectif de toute une vie (Cabanas & Illouz, 2018). Cependant, selon Cabanas & Illouz (2018), le bien-être serait devenu un moyen de manipuler les individus pour en faire de parfaits citoyens. Cederström & Spicer (2016) parlent de « biomorale » comme étant une série d'injonctions sur les comportements à adopter pour atteindre le bonheur (comme les indications du modèle PERMA) dont la non-adhésion conduirait à la marginalisation. Le bonheur deviendrait alors une idéologie tyrannique, insensible au bien-être individuel et personnel (Cederström & Spicer, 2016). Les auteurs alertent sur la possibilité de développer un hédonisme dépressif, poursuite inlassable d'un bonheur standardisé qui, paradoxalement, éloigne du bien-être. Les IPP auraient des effets délétères sur les individus, leur attribuant la responsabilité personnelle de leur incapacité à atteindre le bonheur (Cabanas & Illouz, 2018; Cederström & Spicer, 2016; Hansenne, 2021).

4. Conclusion

En définitive, la dépression se caractérise par des symptômes comme l'humeur dépressive (pensées négatives), les pertes de plaisir et de motivation. Les IPP cherchent à accroître le bonheur en prônant l'investissement dans une vie porteuse de sens (Chénard-Poirier & Vallerand, 2021). Il apparaît que plus la dépression est sévère, plus les IPP sont efficaces (Sin & Lyubomirsky, 2009). Toutefois, la psychologie positive reste controversée dans la littérature scientifique (Hansenne, 2021; Hendriks et al., 2020) et son message peut paraître moralisateur (Cederström & Spicer, 2016) et marginalisant (Cabanas & Illouz, 2018) pour ceux n'ayant pas atteint le bonheur, comme les personnes dépressives. Le chapitre suivant est consacré à l'exploration d'une IPP en particulier, nommée le Best-Possible-Self.

Chapitre II : Une intervention thérapeutique basée sur le Best-Possible-Self

Le chapitre précédent a mis en lumière l'importance de tenir compte de différents symptômes de la dépression afin de la comprendre et de la prendre en charge. Il a aussi introduit les IPP et leur intérêt dans la présente étude. Sin & Lyubomirsky (2009) ainsi que Chakhssi et al. (2018) suggèrent d'approfondir les

thérapies focalisées sur le bien-être, celui-ci n'étant pas forcément amélioré lors des traitements axés sur les symptômes de détresse. De plus, il semblerait que le niveau de bien-être joue un rôle important dans les risques de rechute de la dépression (Chakhssi et al., 2018). Ce second chapitre présente et explore une IPP, le « Best Possible Self » (BPS), ses origines et intérêts thérapeutiques. Il se clôture en abordant les processus de l'activation comportementale et son implication dans l'intervention mise en place lors de ce mémoire.

1. Le BPS, un exercice de psychologie positive

1.1. Origine et principe du Best-Possible-Self

Le Best-Possible-Self est une intervention tournée vers le futur. Pour rappel, les IPP permettraient une augmentation du bien-être et une diminution de la détresse psychologique (Seligman et al., 2005). Cette intervention est rapidement devenue l'une des plus populaires, utilisées et efficaces de la psychologie positive (Carrillo, Rubio-Aparicio, et al., 2019; Heekerens & Eid, 2021). Le BPS s'avèrerait flexible dans sa méthode de passation et resterait efficace, qu'il soit pratiqué en ligne ou en présentiel (Loveday et al., 2018), ne nécessitant pas obligatoirement l'accompagnement d'un thérapeute (Adler & Kessous, 2020; Martin-Krumm, 2021; Sitbon et al., 2019). De plus, le BPS peut être utilisé avec des enfants, des étudiants et des adultes même dépressifs ou suicidaires (Loveday et al., 2018). Toutefois, ses effets seraient temporaires, à savoir principalement juste après l'intervention (Heekerens & Eid, 2021; Malouff & Schutte, 2017).

Le BPS, créé par King (2001), est un exercice d'écriture positive (manuscrite ou dactylographiée, sous forme de dessin ou de déclaration verbale) destiné à améliorer l'image de soi, inspiré des fondements de la psychologie positive et de sa théorie du bonheur (Loveday et al., 2018). Il consiste à envisager un futur où tout s'est déroulé pour le mieux dans la réalisation de ses rêves et l'accomplissement de ses objectifs de vie (Sheldon & Lyubomirsky, 2006). L'individu est invité à écrire sur différents domaines de vie (personnel, relationnel, travail, bénévolat et loisir) en se projetant dans un futur où il a pu mettre en place et développer les compétences nécessaires à l'atteinte d'une vie remplie de bonheur eudémonique. Dans l'exercice original, King (2001) demandait aux personnes d'écrire plusieurs fois par semaine leur BPS. Toutefois, les études actuelles ne font pas état d'une fréquence optimale de réalisation, mais soulignent l'importance du processus d'écriture en soi afin de bénéficier des effets sur l'état émotionnel et l'optimisme (Carrillo, Rubio-Aparicio, et al., 2019). Enfin, il permettrait la reconstruction d'une image de soi positive (Carrillo, Rubio-Aparicio, et al., 2019) en amenant à trouver, comprendre et penser les valeurs pour imaginer un futur qui serait le meilleur possible (King, 2001).

1.2. Les bienfaits du Best-Possible-Self

King (2001) a montré qu'écrire sur les buts de vie permet de bénéficier des avantages de l'écriture (expression émotionnelle) sans pour autant être impacté par des coûts émotionnels trop importants. L'étude originelle regroupait 81 étudiants de psychologie, âgés de 18 à 42 ans (ayant reçu des crédits bonus en

compensation de leur participation), répartis aléatoirement dans l'une des quatre conditions selon un plan deux (BPS ou pas BPS) x deux (traumatisme ou pas traumatisme). Durant quatre jours, ils ont dû écrire sur différentes expériences et thématiques pendant 20 min. Le groupe « traumatisme sans BPS » a écrit sur des expériences passées traumatisantes. Le groupe « BPS sans traumatisme » a écrit sur le meilleur futur possible. Le groupe combiné « traumatisme et BPS » a écrit deux jours sur chaque condition : traumatismes (J1 et J2) et BPS (J3 et J4). Le groupe contrôle (pas de traumatisme, pas de BPS) a écrit sur ce qu'ils allaient faire de leur journée. King (2001) a évalué – avant et après l'intervention – les affects positifs et négatifs chez les participants ainsi que l'optimisme. Les résultats ont montré que le BPS permettait aux participants présentant un traumatisme d'être moins bouleversés, plus heureux (augmentation de l'optimisme) et moins malades.

Ces résultats ont été corroborés par Sheldon & Lyubomirsky (2006) lors d'une étude incluant de l'imagerie mentale (imaginer mentalement de manière autoproduite des éléments). L'échantillon de 67 étudiants de psychologie a été réparti en trois groupes d'intervention : BPS (futur basé sur les éléments de l'écriture), gratitude (sources de gratitude petites ou grandes) et contrôle (détails de la journée). Les groupes ont participé à des sessions d'exercice en laboratoire lors desquelles ils ont (1) rempli un questionnaire d'humeur, (2) fait l'exercice d'imagerie, (3) complété un autre questionnaire d'humeur et (4) évalué leur motivation à réaliser l'exercice d'imagerie à domicile. Les participants ont complété les mêmes questionnaires d'humeur deux et quatre semaines après. Sheldon & Lyubomirsky (2006) ont évalué les affects positifs et négatifs à l'aide de la Positive and Negative Affect Schedule ([PANAS] Watson et al., 1988). Le groupe BPS avait obtenu des scores significativement plus élevés sur la sous-échelle des affects positifs par rapport aux deux autres groupes. Ainsi, selon Sheldon & Lyubomirsky (2006), le BPS augmenterait et maintiendrait davantage l'humeur et les affects positifs que les autres IPP, sans toutefois impacter les affects négatifs.

Ces premières études semblent indiquer que le BPS permettrait d'être plus heureux et d'avoir une humeur plus positive en éloignant les émotions négatives (King, 2001; Sheldon & Lyubomirsky, 2006). Avant d'aller plus loin dans l'exploration des applications thérapeutiques du BPS, il convient de se demander s'il ne comporte que des points positifs ou s'il faut tenir compte d'éventuels effets délétères liés à son utilisation.

1.3. Les points de vigilances dans l'utilisation du Best-Possible-Self

Le BPS, se concentrant sur le meilleur futur possible, pourrait être considéré comme l'inverse de la visualisation négative de la philosophie stoïcienne (Adler & Kessous, 2020; Martin-Krumm, 2021). Cette dernière consiste à imaginer les scénarios les plus catastrophiques possibles afin d'anticiper à ce qui pourrait mal tourner. Le BPS étant une projection positive, pourrait-il créer une idéalisation extrême de la vie amenant la personne à se couper de la réalité ? Fritz & Lyubomirsky (2018) concèdent que les IPP, à trop forte dose, pourraient avoir un effet délétère. Par exemple, un individu trop focalisé sur les affects positifs pourrait développer un genre d'optimisme délétère (verre à moitié plein et seulement cela) l'amenant à exclure totalement les affects négatifs, comme dans le dessin animé Vice-Versa, où la vie du personnage principal est

abordée sous le prisme de ses émotions, dont « Joie », omniprésente, est seule décisionnelle. Le scénario invite « Joie » à remettre en question ses perceptions pour trouver un plus juste équilibre entre émotions positives et négatives. Ce dessin animé illustre la complexité des individus, ne se composant pas exclusivement d'émotions positives. De la sorte, il semblerait que vouloir améliorer le bien-être et l'optimisme en augmentant à tout prix les émotions positives ne soit pas aussi simple que la psychologie positive le laisse sous-entendre.

Dans leur modèle de prévention de l'adaptation hédonique, Sheldon & Lyubomirsky (2012) relèvent deux mécanismes qui pourraient expliquer les éventuels effets délétères des IPP : (1) la dissipation des émotions positives avec le temps (pas de maintien à long terme) et (2) la hausse des aspirations à mesure qu'elles sont remplies (réévaluation et remise à niveau des critères circonstanciels). Par exemple, un enfant reçoit un nouveau vélo pour son anniversaire. Au début, c'est excitant et il est tout content d'avoir son nouvel engin pour rouler dans le quartier. Au bout de quelques semaines, le vélo n'a plus le même intérêt pour l'enfant (1). En effet, les émotions positives de recevoir le cadeau et de l'essayer sont retombées. À l'anniversaire suivant, le souvenir du vélo et de l'émotion ressentie pourraient lui revenir en mémoire et il s'attendrait à recevoir un tout aussi beau cadeau (2). Dans le cas où les attentes ne seraient pas remplies, il s'ensuivrait des émotions négatives comme la déception. De la sorte, dans le cas du BPS, un individu pourrait se fixer des objectifs et visualiser un avenir tellement idyllique qu'il pourrait sembler impossible à atteindre, et dès lors générer des émotions négatives (comme le désespoir).

Malgré ses intérêts thérapeutiques, les facettes « futur idyllique » et « seulement le positif » du BPS pourraient provoquer des effets non désirés, il convient donc de rester prudent lors de sa mise en application.

2. Les applications thérapeutiques du Best-Possible-Self dans la dépression

Il a été vu dans le chapitre précédent que la symptomatologie dépressive se caractérisait par différents symptômes et pensées négatives. La présente étude vise à mettre en place une intervention thérapeutique pour réduire la dépression en s'attaquant aux attentes négatives envers le futur, à l'humeur négative et à l'anhédonie. Cette section s'intéresse à différentes variables qui pourraient permettre de réduire la symptomatologie dépressive : l'optimisme, le bien-être subjectif et la motivation.

2.1. Le BPS et l'optimisme

Tout d'abord, la dépression peut se caractériser par des pensées négatives tournées vers le futur (Beck et al., 1987; Nieto et al., 2020). L'individu dépressif pourrait ainsi développer des attentes plutôt pessimistes envers l'avenir, appelées aussi biais de probabilité (Booth et al., 2024). En psychologie, le concept qui s'oppose aux pensées négatives tournées vers le futur est : l'optimisme (Carver & Scheier, 2014). King (2001) et Sheldon & Lyubomirsky (2006) ont montré que le BPS pouvait permettre d'augmenter les affects positifs et l'optimisme. Ce dernier est une disposition de l'individu à percevoir son futur comme positif (Carver & Scheier, 2014) et à se sentir capable de faire face aux difficultés qu'il pourrait rencontrer. Par exemple, l'étudiant qui prépare son mémoire aura tendance à plus facilement penser aux solutions en cas de difficulté

s'il est de disposition optimiste. Dans le cas contraire, une attitude pessimiste face à sa réussite pourrait l'amener à percevoir des difficultés, là où il n'y en a pas, et à moins facilement induire des stratégies de résolution de problème. De même, plusieurs autres études ont montré qu'en plus d'améliorer l'humeur et les affects positifs, le BPS permettrait d'améliorer les attentes positives envers le futur (Carrillo, Rubio-Aparicio, et al., 2019; Heekerens & Eid, 2021; Malouff & Schutte, 2017). Toutefois, Peters et al. (2010) ont prouvé qu'il n'était pas forcément nécessaire que le BPS augmente les affects positifs pour que l'individu voie son optimisme augmenter. À contrario, une étude de Booth et al. (2024) a mis en évidence que même s'il n'améliore pas les attentes positives envers le futur, le BPS permet d'améliorer l'humeur positive. De manière générale, il semble exister une ambiguïté dans la littérature sur les liens entre l'optimisme et l'humeur positive (Heekerens & Eid, 2021; Loveday et al., 2018). Il est difficile de savoir si le BPS améliore les attentes positives envers le futur (l'optimisme) en augmentant l'humeur positive ou si c'est le contraire (Heekerens & Eid, 2021). Selon les auteurs de cette méta-analyse, il semblerait que la réponse soit que le BPS est un exercice alliant intervention sur l'humeur et sur l'optimisme.

Une étude menée par Meevissen et al. (2011) sur 54 participants d'origine allemande s'intéresse au lien d'accroissement qui pourrait exister entre l'optimisme et le bien-être. Pour vérifier leurs hypothèses, ils ont réparti les participants dans deux groupes (BPS et contrôle) qui ont réalisé des exercices d'écriture et d'imagerie mentale. Dans le groupe BPS, les participants ont imaginé, rédigé et se sont projetés dans leur meilleur futur possible alors que dans le groupe contrôle, c'était dans leurs activités des dernières 24h. Ils ont été évalués (avant et après intervention) au niveau de leur optimisme avec la Life Orientation Test ([LOT-R] Scheier et al., 1994) et de leurs affects positifs avec la PANAS (Watson et al., 1988). Les résultats ont montré que le groupe BPS avait obtenu de meilleurs scores que le groupe contrôle au niveau des affects positifs et de l'optimisme. Ceci confirmerait les hypothèses selon lesquelles le BPS permettrait d'augmenter l'optimisme tout en augmentant les attentes positives envers le futur et en diminuant les négatives, ce qui confirmerait les résultats obtenus par Peters et al. (2010).

Au bout du compte, la communauté scientifique s'intéresse aux effets du BPS sur l'optimisme et a démontré que ce dernier pouvait permettre d'accroître les affects positifs et les attentes positives envers le futur. Si, comme le disent MacLeod & Conway (2005), un individu va impacter son bien-être en fonction de la façon dont il va envisager son avenir, le BPS en travaillant sur l'augmentation de l'optimisme devrait permettre à l'individu d'atteindre un plus haut niveau de bien-être.

2.2. Le BPS et le bien-être psychologique

Selon le modèle PERMA de Seligman (2012), les individus ont besoin d'une vie qui a du sens pour se sentir heureux. En effet, il avait indiqué dans une étude précédente que les activités qui étaient tournées vers un but, en adéquation avec les valeurs et intérêts de l'individu, s'avéraient plus efficaces pour améliorer le bien-être (Seligman et al., 2005). Pour Martela & Sheldon (2019), il serait nécessaire d'avoir un bien-être

psychologique élevé combiné à une satisfaction des besoins psychologiques pour se sentir bien dans sa vie. De plus, ils précisent que seules les activités eudémoniques (tournées vers un but qui a du sens) permettraient d'atteindre ce type de bien-être. Or, il semblerait qu'il n'est pas aisé de savoir comment accéder à une vie qui a du sens et revêt une signification profonde. Dans cette optique, le BPS pourrait éclaircir ce qui fait sens.

Une étude menée par Auyeung & Mo (2019) s'est concentrée sur les mécanismes et l'efficacité du BPS quand il est réalisé en ligne. Ils ont mené leur étude auprès de 139 étudiants universitaires asiatiques, répartis en deux groupes : BPS (N = 70) et Contrôle (N = 69). Suite à des drop-out (arrêts en cours d'étude) dans les deux groupes et il ne restait plus que 100 participants : BPS (N = 48) et Contrôle (N = 52). Ces derniers ont reçu des bons cadeaux et un ticket de loterie en dédommagement de leur participation. Lors du premier jour de l'étude (J1), les participants du groupe BPS ont dû réaliser leur « best-possible-self » sous forme écrite, après avoir complété les questionnaires (pré-test). Du J2 au J6, ils ont été alertés par une notification qu'ils devaient réaliser à nouveau l'exercice pendant une dizaine de minutes. Les participants du groupe contrôle ont dû écrire sur cinq événements qu'ils avaient vécus dans les 24h lors du J1. Pendant l'expérimentation (J2 à J6), ils ont également reçu une notification pour répéter l'exercice du J1. Au J7, les participants des deux groupes ont recomplété les questionnaires (post-test). Les résultats ont montré que le BPS avait augmenté le sentiment de contrôle et l'épanouissement, amenant une diminution de la symptomatologie dépressive. Le BPS avait également permis aux étudiants de clarifier leurs objectifs de vie. Il convient tout de même de considérer ces résultats avec précaution au vu de sa situation géographique, la Chine ayant une culture différente des États-Unis ou de l'Europe. D'ailleurs, une étude de Boehm et al. (2011) a révélé que le BPS, à cause de son caractère autocentré, pouvait être moins efficace chez des personnes issues de cultures collectivistes (asiatiques) que chez celles issues de sociétés individualistes (Loveday et al., 2018).

Toujours selon le modèle PERMA (Seligman, 2012), pour qu'un individu améliore son bien-être psychologique, il doit avoir le sentiment d'accomplir quelque chose d'important et ressentir des émotions positives. Ces dernières lui permettraient d'acquérir plus de flexibilité mentale et de trouver des solutions plus créatives pour traverser les difficultés (Fredrickson, 2004). Layous et al. (2013) ont réalisé une étude pour voir si le BPS pouvait permettre d'augmenter le sentiment de satisfaction (bien-être psychologique) et les émotions positives. Les auteurs ont recruté 131 étudiants de psychologie qui ont accepté de participer à cette étude contre des crédits bonus. Après s'être inscrits en ligne, les participants ont été redirigés vers un site internet externe où ils ont été répartis aléatoirement dans six conditions dont la moitié réalisait l'expérimentation (durant quatre semaines) en ligne et l'autre moitié en présentiel : (1) « BPS avec témoignage en présentiel », (2) « BPS sans témoignage en présentiel », (3) « contrôle en présentiel », (4) « BPS avec témoignage en ligne », (5) « BPS sans témoignage en ligne » et (6) « contrôle en ligne ». Les participants des groupes BPS ont dû écrire sur leur meilleur futur possible (10 min) – en fonction de différents domaines de vie (personnel, académique, social et santé) – et sur un objectif précis (5 min) leur permettant d'atteindre ce futur. Dans les deux groupes contrôle, les participants ont dû écrire sur ce qu'ils avaient fait durant les dernières 24h. Les

participants en présentiel ont été conviés à une session d'exercice de 45 min avec les membres de leur groupe respectif. Lorsqu'ils appartenaient à un groupe avec témoignage, les participants ont dû lire une fausse citation/témoignage d'un étudiant qui aurait fait l'exercice antérieurement. Les résultats ont montré que les groupes BPS avaient vu leur score d'émotions positives augmenter de manière significative par rapport aux différents groupes contrôle, que l'exercice ait été administré en ligne ou en présentiel. De plus, le BPS aurait augmenté le sentiment d'accomplissement (Layous et al., 2013). Cependant, il n'y a pas eu d'effets concluants sur l'autonomie et le sentiment de compétence, lequel peut être assimilé au sentiment de contrôle vu précédemment et qui entretiendrait un lien étroit avec la dépression (Myles et al., 2021; Myles & Merlo, 2022).

2.3. Le BPS et la motivation

Dans les sections précédentes, il a été montré que l'absence de sentiment de contrôle pouvait être associée à la symptomatologie dépressive. Or, l'exercice du BPS permettait aux individus d'intégrer les expériences de vie de manière plus optimale et d'acquérir un sentiment de contrôle sur leur environnement (Layous et al., 2013; Lyubomirsky et al., 2006).

Lors d'une étude menée auprès d'étudiants en psychologie, Altintas et al. (2020) se sont intéressés aux effets du BPS sur les émotions positives et l'engagement académique en contexte universitaire. Ils ont réparti 176 participants dans deux groupes (contrôle vs BPS) qui ont reçu les instructions d'exercice par ordinateur. Le groupe BPS devait imaginer une vie académique future idéale, alors que le groupe contrôle devait penser à des informations neutres sur le contexte académique. Les résultats ont montré que le groupe BPS présentait des scores plus élevés d'affects positifs, de motivation, de bien-être et d'engagement académique à la suite de l'intervention. Les auteurs expliquent ces résultats par le fait que le BPS aurait permis aux étudiants de clarifier leurs objectifs et de se focaliser sur ce qui est vraiment important pour eux. Ainsi, le BPS, en augmentant les affects positifs, le bien-être psychologique et l'optimisme, pourrait permettre d'accroître l'engagement dans des activités, élément central de l'activation comportementale, objet de la section suivante.

3. L'activation comportementale : processus et intérêts thérapeutiques

3.1. Symptomatologie dépressive et activation comportementale

La dépression est une pathologie présentant des composantes cognitives, comme vu précédemment, mais également des composantes comportementales. Selon le modèle de Manos et al. (2010) révisé par Blairy et al. (2020), les personnes dépressives présenteraient des déficiences au niveau de leurs systèmes d'inhibition et d'activation comportementale. Ceci les amène à s'engager de moins en moins dans des activités qui leur procuraient plaisir, satisfaction et gratification. De la sorte, elles pourraient également perdre progressivement le sentiment de contrôle qu'elles avaient sur leur environnement ainsi que leur sentiment de compétence, les amenant à douter de leur capacité à résoudre les problèmes (Blairy et al., 2020).

Kasch et al. (2002) ont mené une étude inspirée des modèles de Gray sur les systèmes d'activation et d'inhibition comportementale. Ils ont rassemblé un échantillon de 62 personnes présentant un diagnostic de dépression et de 27 personnes saines. Tout d'abord, les participants ont passé un entretien clinique visant à voir comment se manifestait leur symptomatologie dépressive selon les critères du DSM-IV (version précédente du DSM-5). Ils ont également rempli des questionnaires évaluant le niveau d'inhibition et d'activation comportementale, qu'ils ont à nouveau complétés une semaine après. Après huit mois, les participants ont repassé l'entretien clinique et répondu aux questionnaires. Les expérimentateurs les ont alors classés selon les critères du DSM-IV dans les deux groupes. Kasch et al. (2002) ont mis en évidence que les personnes cliniquement déprimées présentaient des scores plus élevés sur l'échelle d'inhibition comportementale et des scores plus faibles sur l'échelle d'activation comportementale. Ainsi, ces individus seraient susceptibles de moins facilement s'engager dans des activités et de moins persévérer, surtout les moins agréables. Par exemple, les tâches ménagères peu appréciées par la plupart des gens sont plus facilement esquivées et repoussées que des tâches catégorisées comme plus agréables. Une personne dépressive aura plus de chances qu'une personne saine de délaissé sa vaisselle ou son linge, déclenchant un cercle vicieux où elle se met de moins en moins en action. Ce mécanisme fait l'objet d'une intervention thérapeutique spécifique, nommée activation comportementale, visant à remettre le patient déprimé en mouvement en augmentant son engagement dans des activités (Dondé et al., 2018).

Une étude préliminaire de Krings et al. (2020) s'est intéressée aux effets d'un programme d'activation comportementale sur l'attention sélective des personnes dépressives envers les informations négatives et positives. Pour ce faire, les expérimentatrices ont recruté huit étudiantes présentant une symptomatologie dépressive de modérée à sévère afin de leur administrer un programme d'activation comportementale pendant six semaines. Les participantes ont été évaluées une semaine avant et après l'intervention lors d'un entretien individuel, au niveau de leur symptomatologie dépressive avec la BDI-II (Beck et al., 1996) et au niveau de l'activation comportementale (activation et évitement) avec la BADS-LF dans sa version courte (Kanter et al., 2007). Lors des évaluations, les participantes ont également dû réaliser une tâche de discrimination de cible avec des visages présentant différentes émotions (tristesse, joie et neutre). Les résultats ont montré une amélioration de leur symptomatologie dépressive, une diminution des évitements et une amélioration de leur satisfaction environnementale. Ils ont également révélé des gains soudains sur la symptomatologie dépressive (réduction marquée) directement après la première session d'intervention. Cependant, les autrices ont montré qu'il n'y avait pas de différences significatives au niveau de l'activation comportementale et l'expliquent par le fait que les étudiantes étaient déjà engagées dans de nombreuses activités avant l'intervention. Cependant, Krings et al. (2020) ont montré que, après l'intervention, les participantes présentaient une amélioration de l'attention sélective vers les visages positifs. Toutefois, c'est une étude préliminaire avec peu de participants et n'ayant pas de groupe contrôle pour effectuer de comparaison.

En définitive, l'activation comportementale semble représenter une technique intéressante pour augmenter le bien-être psychologique chez les personnes déprimées en améliorant la satisfaction de leur environnement (Krings et al., 2020). Elle pourrait également favoriser la diminution de l'inhibition et l'augmentation de l'activation comportementale (Kasch et al., 2002). Ainsi, l'intervention par activation comportementale donnerait l'occasion aux personnes déprimées d'améliorer leur gestion des difficultés en travaillant sur leur sentiment de compétence et d'autonomie (Blairy et al., 2020). Les principes de cette intervention seront abordés dans la section suivante afin d'illustrer l'engagement dans des activités, l'un des processus utilisés lors de ce mémoire pour réduire la symptomatologie dépressive.

3.2. Processus et composantes thérapeutiques de l'activation comportementale

L'activation comportementale est une intervention thérapeutique qui s'inscrit dans la troisième vague des thérapies cognitives et comportementales. Initialement, elle a été utilisée par Peter Lewinsohn dans les années 70, avant d'être reprise par Beck dans sa thérapie cognitive et comportementale (Dondé et al., 2018). Depuis, elle a fait l'objet de nombreuses études et s'est devenue un élément central des thérapies cognitives et comportementales (Blairy et al., 2020; Dondé et al., 2018; Soucy Chartier & Provencher, 2013). De la sorte, l'activation comportementale a été développée pour devenir une intervention à part entière (Soucy Chartier et al., 2013). Elle présente de nombreux avantages selon les données empiriques qui appuient son efficacité dans la prise en charge de la symptomatologie dépressive (Blairy et al., 2020; Dondé et al., 2018; Peretti, 2013). Dans cette optique, l'activation comportementale prend comme angle d'attaque une modification comportementale plutôt qu'une modification des pensées (Blairy et al., 2020; Dondé et al., 2018; Soucy Chartier et al., 2013).

Dans un article traitant de l'utilisation de l'activation comportementale dans la prise en charge de la dépression, Dondé et al. (2018) relèvent deux principes de base de l'activation comportementale : (1) augmenter l'engagement dans des activités associées à un sentiment de plaisir et/ou de maîtrise de la tâche à accomplir ; et ; (2) diminuer l'engagement dans des comportements qui maintiennent les affects négatifs ou qui en augmentent les risques. Cette pratique se base également sur le concept selon lequel « l'action précède l'envie ». Ainsi, les individus sont invités à réengager dans des activités qui leur procureront plaisir, satisfaction et gratification, afin de rétablir les contacts avec les sources de renforcement positifs tout en les éloignant de comportements dépressogènes (Blairy et al., 2020; Dondé et al., 2018; Soucy Chartier & Provencher, 2013). En reprenant l'exemple de l'étudiant qui évite l'anxiété générée par la rédaction de son mémoire en procrastinant sur le canapé, l'activation comportementale viendrait reconnecter progressivement l'étudiant à son travail en mettant en place des activités visant à compléter de petits objectifs. De ce fait, ses sentiments d'accomplissement et de contrôle pourraient augmenter et l'inciter à reproduire les comportements tournés vers l'action (renforcements positifs) en délaissant le canapé (comportement dépressogène). De cette manière, un individu peut repenser progressivement la manière dont il perçoit les différentes activités, pour y

prendre à nouveau plaisir, satisfaction et gratification (Soucy Chartier & Provencher, 2013). Dit autrement, la personne déprimée aura l'occasion de repérer ces activités comme bénéfiques et non contraignantes.

Avant toute chose, il est important de préciser que l'expérimentation employée dans ce mémoire ne vise pas à mettre en place un protocole d'activation comportementale strict, mais s'inspire de ses mécanismes et processus, utilisés dans le cadre d'intervention visant la réduction de la symptomatologie dépressive. La Figure 3 reprend les mécanismes de la dépression et de l'activation comportementale selon Dondé et al. (2018) qui seront pris en compte dans cette étude.

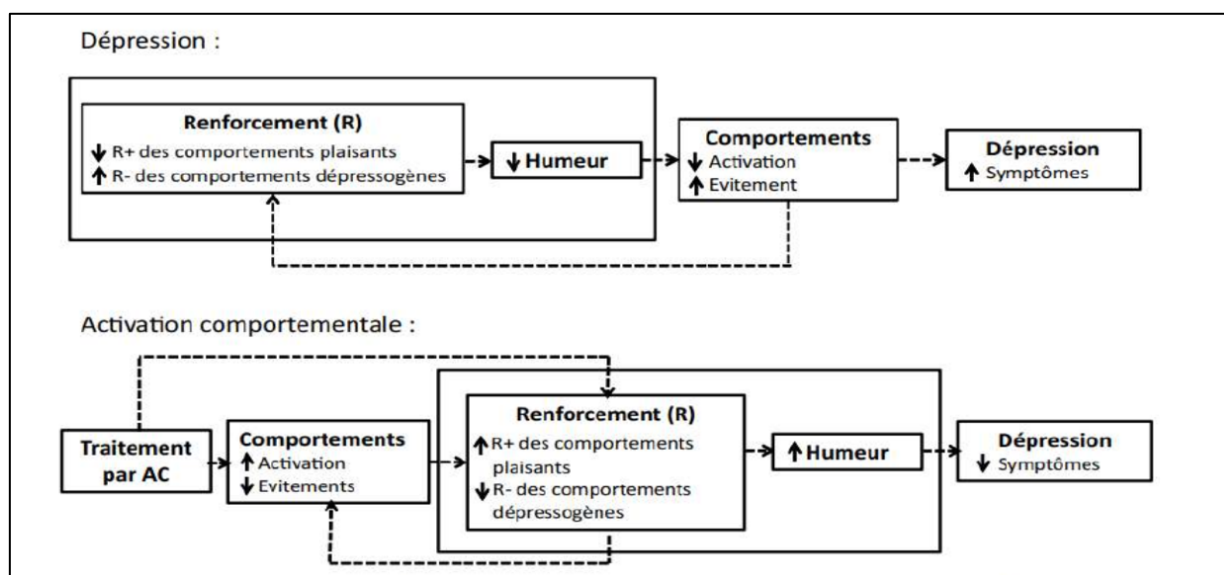


Figure 3 : Les mécanismes en œuvre dans la dépression et l'activation comportementale (Dondé et al., 2018)

La partie supérieure du schéma représente les mécanismes en œuvre dans la dépression. Elle illustre le fait que dans cette pathologie, le patient va présenter une diminution des comportements plaisants (qualifiés de renforcements positifs) et une augmentation des comportements dépressogènes (qualifiés de renforcements négatifs). Ceci entraînera un déséquilibre de plus en plus important chez le patient, qui déclenche une diminution significative de son humeur. Il diminuera alors son activation (entrera de moins en moins en action) et augmentera la quantité d'évitements (se retirera de ce qui génère, dans un premier temps, un certain malaise). Ce déséquilibre – et ses conséquences sur son comportement – va entraîner une augmentation de la symptomatologie dépressive (Dondé et al., 2018). Par exemple, une personne sortant d'une rupture amoureuse se mettrait à éviter les stimuli lui faisant penser à son ex. Pour ce faire, elle pourrait arrêter son emploi de bénévole dans un petit supermarché du quartier pour esquiver les rencontres avec ladite personne, ce qui l'amènerait à s'isoler davantage. De la sorte, elle ne réaliserait plus les activités dans lesquelles elle prenait du plaisir pour se soustraire aux sentiments désagréables comme la jalousie (voir son ex avec une autre personne), le sentiment d'avoir raté sa vie ou la tristesse d'être seule.

La partie inférieure du schéma représente les mécanismes mis en place dans le cadre de la thérapie par activation comportementale (Dondé et al., 2018). L'objectif va être de travailler sur la remise en action des personnes déprimées. Il va être question de planifier des activités, avec l'aide du thérapeute, afin de faire

revenir progressivement le plaisir, la satisfaction et la gratification. Cette planification vise la réduction des évitements cognitifs et comportementaux (comportements dépressogènes) ainsi que l'augmentation de l'activation (comportements plaisants et renforçant). S'en suit une amélioration de l'humeur multipliant la probabilité de reproduire les actions mises en place. Le tout entraînera une diminution des symptômes dépressifs. Dans l'exemple ci-dessus, la personne pourrait planifier avec le thérapeute de retourner de temps en temps faire ses courses dans ce supermarché, pour se rendre compte des sentiments agréables amenés par le fait de participer au concept de collectivité/coopérative faisant écho à ses propres valeurs. Un travail par imagerie mentale lui permettrait de se projeter plus sereinement dans la situation de rencontre avec son ex et augmenterait la probabilité d'engagement dans l'activité.

3.3. BPS et activation comportementale

Lors d'un protocole d'activation comportementale, le thérapeute propose à son patient un exercice consistant à planifier des activités qui pourront lui procurer plaisir, satisfaction et gratification (Blairy et al., 2020). Selon Sheldon & Lyubomirsky (2006), le fait de réaliser des activités intentionnellement aurait des effets plus durables sur le bien-être que les circonstances de vie positives, dont les effets seraient plutôt à court terme. Il semblerait également que reproduire les activités que pratiquent les personnes au bien-être élevé permettrait d'atteindre des niveaux de bonheur similaires (Lyubomirsky & Layous, 2013). D'après une étude menée par Kennedy et al. (2024), les individus choisiraient de manière générale les activités qui sont en adéquation avec leurs valeurs. De plus, il semblerait qu'avoir conscience de ses valeurs jouerait un rôle dans la prévention de la dépression en protégeant l'image de soi (Blairy et al., 2020). Pour rappel, le BPS peut contribuer à clarifier les objectifs (Altintas et al., 2020) des personnes qui le pratiquent ainsi qu'à travailler sur leurs valeurs (King, 2001). Enfin, le BPS permettrait d'augmenter la motivation des individus (Heckerens & Eid, 2021) et de réduire les ambivalences par rapport aux objectifs de vie (Heckerens et al., 2019). Il semblerait cependant que les études portant sur l'intervention du BPS ne se sont pas encore intéressées à ses éventuels effets sur l'engagement dans des activités.

4. Conclusion

Tout d'abord, le BPS est un exercice d'écriture permettant de travailler sur diverses variables – affects positifs, optimisme et bien-être psychologique – qui ne sont pas toujours prises en compte lors des interventions visant la réduction de la symptomatologie dépressive (Chakhssi et al., 2018; Sin & Lyubomirsky, 2009). Ensuite, les mécanismes de l'activation comportementale permettent de diminuer la symptomatologie dépressive grâce à l'engagement dans des activités procurant plaisir et satisfaction. De plus, le BPS a également montré qu'il pouvait permettre une augmentation de l'engagement en permettant aux individus de clarifier leurs valeurs et leurs objectifs (Altintas et al., 2020). Ainsi, une intervention utilisant le BPS pour appuyer les mécanismes de l'activation comportementale en augmentant l'engagement dans des activités pourrait permettre une réduction de la symptomatologie dépressive.

Par conséquent, il a été décidé d'utiliser une expérimentation mettant en place l'exercice du BPS pour accroître l'engagement dans des activités planifiées. L'intervention tend également à utiliser l'imagerie mentale, appelée aussi imagination, afin d'augmenter les effets du BPS, comme dans l'étude de Meevissen et al. (2011). Le chapitre suivant s'intéresse aux effets de l'utilisation de l'imagerie mentale en thérapie d'engagement dans des activités ainsi qu'à ses effets sur l'optimisme, l'humeur et le bien-être psychologique.

Chapitre III : L'imagerie mentale dans la thérapie cognitivo-comportementale

Précédemment, trois thèmes ont été abordés : la dépression, le BPS et l'activation comportementale. Dans ce chapitre, l'imagerie mentale, utilisée en thérapie cognitive et comportementale, sera explorée comme quatrième thématique pour tout d'abord comprendre pourquoi elle est considérée comme un processus cognitif avant d'en présenter les intérêts thérapeutiques et enfin de réfléchir à son utilisation conjointe avec le BPS.

1. L'imagerie mentale comme processus cognitif

L'imagerie mentale est un processus cérébral pendant lequel le cerveau produit des images mentales au travers des cinq sens : visuel, auditif, gustatif, kinesthésique, olfactif (Nanay, 2018). Pearson et al. (2015) en donnent une définition : « représentations et expérience d'accompagnement de l'information sensorielle sans stimulus externe direct ». Dit autrement, l'imagerie mentale c'est comme « voir avec les yeux de l'esprit » (Kosslyn et al., 2001). Les études montrent que l'esprit peut produire des représentations analogues à celles de la réalité (stimuli et événements externes) pouvant induire des sensations et affects comparables (Agren, 2023; Nanay, 2021; Pearson et al., 2015). Par exemple, le fait de s'imaginer mordre dans un citron peut créer les différentes sensations qui auraient été ressenties lors de la réalisation réelle de cette action, comme le goût acide de la pulpe du fruit. De plus, l'imagerie mentale influencerait divers processus cognitifs comme la mémoire, la planification de l'avenir, l'anticipation du plaisir et la créativité (Palmiero et al., 2019).

Dans leur ouvrage intitulé « Imagerie Mentale et psychothérapie », Ceschi & Pictet (2018) retracent les différentes implications de l'imagerie mentale dans la thérapie cognitive et comportementale. Ils évoquent qu'elle peut être utilisée pour augmenter le bien-être et la motivation (Blackwell et al., 2013; Ceschi & Pictet, 2018; Ji et al., 2021). De plus, elle jouerait un rôle important au quotidien dans des domaines comme la planification, la prise de décisions, la motivation (l'incitation au comportement), le maintien de l'image de soi et la régulation des émotions (Blackwell, 2021). Ainsi, elle pourrait être utilisée pour apprendre aux patients à modifier leur comportement et leurs pensées mais aussi à gérer leurs émotions (Ceschi & Pictet, 2018).

2. Les intérêts de l'utilisation de l'imagerie mentale en psychologie

2.1. Imagerie mentale et dépression

L'influence de l'imagerie mentale dans des pathologies comme la dépression a longtemps été mise de côté et sous-estimée (Ceschi & Pictet, 2018). Pourtant, il semblerait qu'elle joue un rôle crucial dans

l'apparition et le maintien des symptômes dépressifs. L'imagerie aurait donc un fonctionnement défaillant et délétère chez les personnes déprimées (Weßlau et al., 2016). En effet, elles sembleraient avoir des difficultés à produire des images mentales positives (Holmes, Lang, et al., 2008) et une tendance à surproduire des images mentales négatives (Holmes et al., 2007; Weßlau et al., 2016). Celles-ci peuvent être autogénérées ou intrusives (Holmes & Mathews, 2005, 2010; Pearson et al., 2015; Weßlau et al., 2016) amenant la personne déprimée à ruminer les événements passés (Blairy et al., 2020).

Dans leur étude, Weßlau et al. (2016) se sont intéressés aux imageries présentes dans les mécanismes de la dépression. Pour ce faire, ils ont comparé deux groupes (groupe dépression, N = 17 ; et groupe contrôle sain, N = 17) dont les participants répondaient au critère d'inclusion d'avoir déjà expérimenté des images mentales négatives. Les expérimentateurs les ont soumis à une interview sur les images mentales négatives et à un entretien diagnostique se basant sur les critères du DSM-IV. Le niveau de dépression a été évalué avec la BDI et le niveau d'imagerie mentale négative a été évalué avec un questionnaire d'images mentales négatives – QNMI – (Hackmann et al., 2004). Les résultats ont montré que le groupe dépression présentait trois fois plus d'images mentales négatives intrusives dont 70% faisaient référence à des événements de vie réels. De plus, il percevait ces images comme plus angoissantes, ce qui générait plus d'émotions négatives (tristesse).

Il semblerait, par ailleurs, que les personnes avec des antécédents de dépression auraient moins facilement accès à des souvenirs autobiographiques positifs lorsqu'ils sont mis en condition de mauvaise humeur (Werner-Seidler & Moulds, 2011, 2012). Selon ces auteurs, les images seraient moins vivaces et intenses, car les personnes déprimées auraient moins de facilités à se souvenir d'événements habituellement considérés comme positifs. En effet, les personnes déprimées prendraient moins de plaisir dans les événements de manière générale et ne les vivraient pas de la même façon.

La dysphorie, appelée aussi humeur dépressive, serait associée à une capacité réduite à imaginer des événements futurs positifs (Holmes, Geddes, et al., 2008; Roepke & Seligman, 2016). Ainsi, lors d'un épisode dépressif, un individu aurait plus de difficultés à produire des images d'un futur positif qui seraient de plus moins vives et moins fréquentes (Roepke & Seligman, 2016). Ces auteurs avancent l'hypothèse selon laquelle les imageries tournées vers le futur, associées aux biais cognitifs dysfonctionnels (négatif, de mémoire et d'attention) et aux expériences négatives passées, généreraient et entretiendraient les symptômes dépressifs. La mise en place d'un travail sur la projection dans un futur idéal pourrait permettre d'améliorer les croyances que l'individu entretient sur son futur et ainsi réduire l'impact sur sa symptomatologie dépressive.

2.2. Imagerie mentale et affects (positifs et négatifs)

Une étude menée par Holmes & Mathews (2005) a montré que recourir à l'imagerie augmenterait les émotions négatives et l'anxiété. Lors de cette étude, les auteurs ont effectué deux expériences distinctes. Lors de la première, ils ont présenté aux participants des descriptions verbales d'événements négatifs. Un groupe devait penser au sens des descriptions pendant que l'autre devait les imaginer mentalement. Ensuite, ils ont

posé des questions fermées (réponse = oui ou non) pour venir appuyer la modalité de chaque groupe en se focalisant sur des informations soit sensorielles (imagerie) ou factuelles (verbale). Les participants ont été évalués sur leur niveau d'anxiété et l'intensité émotionnelle avant et après l'expérimentation, ainsi que sur la vivacité des images et le contrôle des images après l'expérimentation. Après cette première phase, tous les participants ont été confrontés à des scénarios ambigus et évalués sur leur niveau d'intensité émotionnelle. Les résultats de cette première expérience ont montré que les participants du groupe imagerie présentaient des niveaux d'anxiété plus élevés mais pas forcément d'intensité émotionnelle différente que celle du groupe verbal, sauf pour les scénarios ambigus qui étaient évalués comme émotionnellement plus forts. La seconde expérience était sensiblement identique à la première avec trois variantes : (1) comparaison de quatre groupes en fonction de deux critères (imagerie vs verbal et contenu neutre vs négatif), (2) suppression des questions fermées et (3) une tâche de remplissage de 10 min (répondre à des questions sur un texte anodin) entre l'exercice des scénarios de chaque condition et celui des ambigus. Les résultats ont montré que les scénarios négatifs dans leur version imagerie (par rapport à la verbale) augmentaient davantage l'anxiété et l'intensité émotionnelle. Toutefois, il n'y avait aucune différence significative entre les deux groupes pour les scénarios ambigus à contrario des résultats de la première expérience. La tâche de remplissage semble avoir annulé l'augmentation d'anxiété, ce qui suggère que les effets des imageries mentales négatives seraient éphémères.

De même, une autre étude d'Holmes et al. (2006) a montré qu'imaginer des scénarios positifs entraînait une augmentation des affects positifs. Lors de celle-ci, les auteurs ont utilisé un protocole similaire à leur étude précédente mais avec des scénarios ambigus dont la résolution (conséquence) était positive. Ils ont évalué l'anxiété et les affects positifs (sous-échelle de la PANAS) et les résultats ont montré que le groupe avec imagerie avait des scores plus faibles d'anxiété et des scores plus élevés d'affects positifs après l'intervention. Ainsi, l'imagerie mentale peut permettre d'influencer les émotions, qu'elles soient négatives ou positives. De plus, il semblerait que revivre mentalement (réviviscence) des événements négatifs ou positifs induirait chez la personne les mêmes affects (Pearson et al., 2015; Suess & Abdel Rahman, 2015). Il serait alors possible de produire des émotions particulières en partant d'un souvenir par imagerie mentale. Par exemple, l'étudiant qui écrit son mémoire pourrait se souvenir de ses précédentes réussites pour se connecter aux sensations de fierté lors des moments de doutes.

2.3. Imagerie mentale et engagement dans des activités

En plus du fait qu'elles aient des effets sur les émotions (affects positifs et négatifs), les images mentales (positives et négatives) auraient un impact sur la motivation et la mise en place de comportements renforçateurs (Renner et al., 2021). L'imagerie mentale auto-induite contribuerait à produire des effets sur les cognitions et les comportements (Blackwell et al., 2015; Ceschi & Pictet, 2018). Pour illustrer, une personne se voit invitée par un ami qu'elle n'a plus vu depuis longtemps à aller manger dans un nouveau restaurant réputé. Elle peut alors se projeter en imaginant différents stimuli comme le goût de la nourriture, l'ambiance

du restaurant, les conversations intéressantes avec son ami, mais aussi les sentiments agréables liés à cette rencontre. Toutes ces imageries mentales peuvent générer plus d'envies chez la personne, augmentant ainsi la probabilité qu'elle se rende à ce rendez-vous. Ce plaisir anticipé pourrait même lui permettre de relever les défis qui pourraient se mettre entre elle et l'objectif d'aller voir son ami. De la sorte, en utilisant cette technique, un individu pourrait pré-expérimenter une situation avant de la vivre (Moulton & Kosslyn, 2009). Il serait alors plus simple d'envisager de véritablement la réaliser car d'une certaine façon, c'est comme si cela avait déjà été fait. Par exemple, dans le cas d'une personne déprimée, il peut être compliqué de se mettre en mouvement et de réaliser de simples petites actions, comme sortir de chez soi pour mettre les poubelles dans la rue. Le fait de s'imaginer, au préalable, réaliser l'action en anticipant la gratification d'avoir réalisé la tâche, pourrait permettre d'augmenter la probabilité de s'engager dans l'action (Szpunar & Schacter, 2013).

Dans une étude, Renner et al. (2019) se sont intéressés à l'utilisation de l'imagerie positive pour promouvoir l'engagement dans des activités (Heise et al., 2022; Renner et al., 2017, 2019). Lors de celle-ci, ils ont émis l'hypothèse que l'imagerie mentale pourrait être utilisée comme amplificateur motivationnel. Pour ce faire, ils ont réparti 72 participants dans deux groupes (imagerie motivationnelle vs contrôle). Les participants ont d'abord réalisé un rendez-vous (en laboratoire), puis ont dû effectuer des activités à domicile. Concernant le groupe contrôle, la moitié ne recevait pas de notification de rappel d'activité, alors que l'autre moitié et le groupe imagerie en recevaient. Les expérimentateurs ont entre autres évalué les affects positifs (PANAS), la vivacité d'image (PSI-Q) et l'activation comportementale (BADS). Les résultats ont montré que le groupe imagerie avait obtenu des scores plus élevés que le groupe contrôle en termes de motivation, de plaisir anticipé et de récompense anticipée. De plus, il semblerait que dans le groupe imagerie mentale, les participants aient réalisé plus d'activités désagréables. Lorsqu'une personne se sentirait investie dans les activités planifiées, l'imagerie pourrait augmenter l'engagement en les rendant plus palpables et attrayantes (Renner et al., 2019).

De même, l'imagerie mentale prospective (qui est tournée vers l'avenir) permettrait d'augmenter la motivation à entreprendre des activités positives en augmentant l'anticipation de la récompense (Heise et al., 2022; Renner et al., 2021). L'article de Renner et al. (2021) s'est intéressé à ce type d'imagerie et aux effets qu'elle pourrait avoir sur la motivation des individus à se lancer dans des activités. Les auteurs explorent les données présentes dans la littérature qui traitent des thèmes : imagerie mentale positive prospective, activation comportementale et recherche de récompense. Ils proposent un modèle conceptuel des mécanismes qui sous-tendent l'effet motivationnel des imageries tournées vers le futur. Dans celui-ci, ils expliquent que les imageries vont permettre à l'individu de pré-expérimenter l'événement futur et d'en imaginer les conséquences positives. Par la suite, cette anticipation va l'amener à produire des comportements tournés vers la recherche de récompenses, ce qui augmentera la probabilité de faire l'expérience de conséquences positives avec récompense. Le tout créerait alors une boucle grâce à la mémoire épisodique, qui intégrerait l'expérience positive, qui deviendrait comme un genre d'entraînement à imaginer et produire des possibilités de

récompenses. Renner et al. (2021) proposent une réversion de la spirale négative de la dépression en s'aidant de l'imagerie mentale positive prospective. Dans l'exemple de l'étudiant, alors qu'il est dans le canapé et procrastine, le moral descend et il entre de moins en moins en action. Il ne voit plus le côté positif de finir son mémoire, mais reste focalisé sur les efforts à fournir et l'anxiété engendrée par ses doutes. En restant dans cette spirale, il réduit le nombre de récompenses et entretient une humeur négative. Dans le cas contraire, le fait d'imaginer la satisfaction de terminer une tâche de sa liste pourrait l'amener à réellement en barrer une. Il expérimenterait le sentiment de fierté et de contrôle, ce qui augmenterait la probabilité qu'il recommence.

Cependant, une étude menée par Blackwell et al. (2015) a montré qu'un exercice d'imagerie mentale couplé à l'activation comportementale n'avait pas eu d'effet sur la dépression mais avait tout de même réduit l'anhédonie chez les participants. Lors de cette étude, les expérimentateurs ont rassemblé 150 personnes atteintes de dépression réparties en deux groupes : imagerie vs contrôle. Les participants du groupe imagerie ont pris part au protocole de thérapie par imagerie mentale CBM (modification de biais cognitifs). Celle-ci comporte 12 sessions qui se déroulent en ligne sur quatre semaines. Lors des six premières sessions, les participants écoutaient des audios avec des scénarios (ambigus à résolution positive) dans lesquels ils devaient se projeter par imagerie. Dans les six dernières sessions, des images ambiguës de la vie quotidienne avec légendes positives étaient présentées aux participants qui devaient produire une image mentale en combinant images et légendes. Les participants du groupe contrôle ont pris part au même protocole mais avec deux différences : (1) pas d'imagerie mentale demandée mais réflexion sur le sens des images et légendes, et (2) moitié des images ambiguës avec résolution négative. Les expérimentateurs ont évalué la symptomatologie dépressive (BDI-II) : avant traitement, après traitement, un mois, trois mois et six mois après. Les résultats ont montré que le groupe imagerie présentait des scores d'anhédonie et d'images négatives significativement plus faibles que le groupe contrôle. De plus, leurs scores à la BDI-II étaient descendus plus rapidement, bien qu'il n'y ait plus de différence avec le groupe contrôle à six mois.

En définitive, les résultats obtenus par Renner et al. (2019) suggèrent que l'imagerie mentale pourrait être un amplificateur motivationnel qui pourrait amener les patients déprimés à augmenter leur engagement dans des activités tournées vers un but en se projetant dans des imageries plutôt prospectives. Pour rappel, l'exercice du BPS consiste à écrire sur le meilleur futur possible dans lequel il est envisageable de se projeter par imagerie mentale prospective.

3. Utilisation conjointe du BPS et de l'imagerie mentale

Au vu des bénéfices du BPS sur le bien-être psychologique ainsi que de l'efficacité de l'imagerie mentale dans la prise en charge de la symptomatologie dépressive, cette étude s'intéresse à leur utilisation conjointe. L'hypothèse envisagée serait que le fait de se projeter dans la meilleure version de soi possible en ayant recours à l'imagerie mentale permettrait notamment d'augmenter l'engagement dans des activités en agissant, entre autres, sur l'optimisme et le bien-être psychologique. De son côté, l'imagerie mentale peut

permettre de diriger les efforts personnels vers un but (Gorka et al., 2014) en améliorant la motivation à réaliser des activités (Renner, Murphy, Ji, Manly & Holmes, 2019) et en augmentant l'optimisme ainsi que les affects positifs (Meevissen, Peters & Alberts, 2011). Elle entretiendrait un lien étroit avec les buts et les croyances de l'individu (Ceschi & Pictet, 2018). En effet, l'imagerie mentale contribuerait à créer une image de soi plus positive en expérimentant par imagination les buts et les objectifs, ce qui permettrait d'augmenter la confiance de l'individu en sa capacité de réussir (Carver & Scheier, 2014). De l'autre côté, l'exercice du BPS consiste à écrire sur la meilleure version de soi possible (King, 2001) en clarifiant les objectifs et en travaillant sur les valeurs (Altintas et al., 2020). Il permettrait d'augmenter l'optimisme, les affects positifs (King, 2001; Meevissen et al., 2011; Sheldon & Lyubomirsky, 2006), le bien-être (Layous et al., 2013) et les attentes positives envers le futur (Heckerens & Heinitz, 2019). Dès lors, les deux exercices semblent compatibles pour être utilisés conjointement.

Odou & Vella-Brodrick (2013) ont montré que le fait d'utiliser l'imagerie du BPS était efficace pour accroître le bien-être psychologique, peu importe l'habilité de l'individu à produire ou non des images mentales. Lors de cette étude, ils ont comparé 3 groupes : contrôle, BPS et trois bonnes choses. Le groupe BPS écrivait et imaginait son meilleur futur possible alors que le groupe « trois bonnes choses » devait imaginer trois bonnes choses qui leur étaient arrivées sur la journée. Ces deux groupes devaient réaliser l'exercice chaque jour pendant une semaine. Le groupe contrôle ne se voyait attribuer aucun exercice. Les expérimentateurs ont évalué les participants – avant/après intervention et deux semaines après – au niveau de leur bien-être avec la Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (Tennant et al., 2007) et des affects avec la PANAS. Les résultats ont montré que les deux groupes expérimentaux présentaient des scores de bien-être et d'affects positifs plus élevés et des scores d'affects négatifs plus faibles que le groupe contrôle. Odou & Vella-Brodrick (2013) ont également évalué avant l'expérimentation la capacité à produire des images mentales et ont mis en évidence qu'elle n'influçait pas les effets des deux conditions expérimentales.

Cependant, Boselie et al. (2023), qui ont comparé l'efficacité de la version imagerie du BPS par rapport à sa version écrite, ont montré qu'il n'y avait pas de différence significative entre les deux versions. En effet, lors de leur étude, 141 participants ont été assignés dans quatre conditions différentes : (1) BPS écriture et imagerie, (2) BPS écriture, (3) BPS imagerie et (4) contrôle (écrire sur un jour type). L'expérimentation en ligne consistait à écrire ou imaginer le meilleur futur possible ou un jour type (contrôle). Les expérimentateurs ont évalué – avant et après l'intervention – l'optimisme (LOT-R), les affects (PANAS) et les attentes envers le futur. Les résultats ont mis en évidence que les différentes versions administrées du BPS étaient toutes efficaces pour augmenter le bien-être, l'optimisme, les affects positifs et les attentes positives envers le futur, mais également pour diminuer les affects négatifs et les attentes négatives. Cependant, ils n'ont pas validé l'hypothèse selon laquelle la combinaison imagerie et écriture était plus efficace.

Pour terminer, Renner et al. (2014) ont réalisé une étude visant à savoir si l'optimisme, induit par imagerie mentale chez des étudiants, pourrait être préventif contre l'humeur négative. Pour ce faire, ils ont

rassemblé 40 participants répartis en deux groupes : BPS vs contrôle. Le premier devait écrire (15 min) sur son meilleur futur possible puis se projeter par imagerie (5 min). Le deuxième groupe devait écrire (15 min) sur une journée type puis s'y projeter par imagerie mentale (5 min). Ensuite, les expérimentateurs ont induit chez les participants une humeur négative en leur demandant de se souvenir d'événements négatifs en écoutant une musique triste. Les participants ont été évalués au niveau de leurs affects (PANAS) et de leurs attitudes dysfonctionnelles (pensées négatives). Les résultats ont montré que les participants du groupe BPS présentaient plus d'affects positifs et une meilleure humeur. Cependant, ils n'ont pas obtenu de résultats probants au niveau des affects négatifs et de l'humeur négative. Les auteurs suggèrent que l'imagerie du BPS permettrait un accroissement du positif plus qu'une réduction du négatif (Renner et al., 2014).

4. Conclusion

D'un côté, l'imagerie mentale est un exercice qui ferait vivre à l'individu des événements comme dans la réalité en générant les mêmes affects, et ainsi accroîtrait la probabilité d'engagement dans des activités. De l'autre, l'exercice du BPS augmenterait les attentes envers le futur et l'humeur positive. Ainsi, bien que la version de l'imagerie du BPS n'ait pas montré d'efficacité supérieure à sa version verbale, elle accentuerait l'optimisme, le bien-être et les affects positifs. En définitive, l'utilisation conjointe du BPS et de l'imagerie mentale pourrait permettre d'augmenter l'engagement dans des activités et ainsi réduire la symptomatologie dépressive. Le chapitre suivant aborde les différentes questions de recherche et les résultats escomptés.

Chapitre IV : Questions de recherche et hypothèses

1. Objectif de l'étude

L'étude menée dans le cadre de ce mémoire s'intéresse à l'utilisation conjointe de l'imagerie mentale et du BPS en utilisant les composantes de l'activation comportementale. L'objectif principal est de tester l'efficacité de l'exercice d'imagerie du BPS pour accroître l'engagement dans des activités agréables et importantes par rapport à un groupe contrôle qui ne pratique ni l'exercice du BPS ni l'imagerie mentale. Cette étude a pour finalité de tester si cette intervention permettrait une réduction de la symptomatologie dépressive.

2. Question de recherche et sous-questions

La partie théorique a permis de mettre en évidence les intérêts d'avoir recours à l'activation comportementale, à l'imagerie mentale et au BPS dans le traitement de la symptomatologie dépressive en agissant sur différentes variables comme l'optimisme, le bien-être et les affects positifs. Cependant, il n'est pas fait mention dans la littérature actuelle si l'utilisation de l'exercice d'imagerie du BPS permettrait d'augmenter l'engagement dans des activités chez une population déprimée. Dès lors, la question de recherche de ce mémoire est :

« L'utilisation conjointe du Best-Possible-Self et de l'imagerie mentale augmenterait-elle l'engagement dans des activités tournées vers un but et ainsi réduire la symptomatologie dépressive ? »

D'autres questions émergent, auxquelles nous tenterons de répondre dans ce mémoire :

- L'imagerie du BPS permet-elle d'améliorer la motivation à entreprendre des activités en réduisant l'anhédonie ?
- La nature de l'activité (agréable vs importante) est-elle un médiateur de l'engagement ?
- L'imagerie du BPS permet-elle d'améliorer les attentes envers le futur (optimisme), l'humeur et le bien-être psychologique ?

3. Hypothèses et résultats attendus

De manière générale, les résultats attendus pour le groupe BPS sont des scores avec des variations (augmentation ou diminution en fonction de la variable ou du questionnaire) plus significatives que celles du groupe contrôle :

- Par rapport aux questionnaires :
 - Une diminution de la symptomatologie dépressive : anhédonie (augmentation SBI) et humeur dépressive (diminution BDI) ;
 - Une augmentation de l'engagement dans des activités : plus d'activités réalisées dans le BPS et augmentation de l'activation comportementale (BADS) ;
 - Une augmentation du bien-être psychologique (WEMBWS) et de l'optimisme (LOT) ;
 - Une augmentation des affects positifs (PANAS PA) et une diminution des affects négatifs (PANAS NA).
- Par rapport aux variables évaluées en T1 et T2 :
 - Une augmentation sur les variables motivation, réjouissance, plaisir anticipé, satisfaction anticipée et importance ;
 - Une diminution des scores des variables effort anticipé, évitement et difficultés à trouver du temps (variable temps) ;
 - Des différences entre activités agréables et importantes.
- Par rapport des variables évaluées seulement en T2 :
 - Une augmentation des variables effort, humeur, plaisir, satisfaction et gratification ;
 - Des différences entre activités agréables et importantes.

Partie II : Empirique

Chapitre V : Méthodologie (Rédigé en collaboration avec Van Stappen Charlotte)

1. Caractéristiques et objectifs de l'étude

Cette étude consiste à vérifier l'efficacité d'une intervention qui pourrait être utilisée dans le domaine clinique. Celle-ci a été validée par le comité éthique de la faculté de psychologie, logopédie et science de l'éducation à l'université de Liège (ULiège) en Belgique, portant sur les projets de recherche impliquant des participants humains.

Elle a pour objectif de comparer deux groupes (« Contrôle – C » vs « Best-Possible-Self – BPS ») afin de voir si l'utilisation du protocole BPS d'imagerie mentale permettrait d'augmenter l'efficacité de la thérapie par activation comportementale dans le cadre d'une prise en charge de la symptomatologie dépressive. La répartition dans ces deux groupes se fait de manière aléatoire au fur et à mesure de la présentation des participants : cette étude est dite en simple aveugle, car l'expérimentatrice sait à quel groupe appartient le participant, qui lui ne sait pas à quel groupe il est attribué.

1.1. Échantillon⁴

L'étude cible une population tout venant, parlant français, âgée d'au moins 25 ans, présentant une symptomatologie dépressive (de légère à sévère) et n'étant pas en suivi psychothérapeutique, le temps des deux semaines de l'expérimentation.

Afin de pouvoir être inclus dans l'étude, les participants doivent remplir une condition qui est d'obtenir un score supérieur ou égal à 8 sur l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), celle-ci est administrée par téléphone. Dans un souci de standardisation des conditions de passation entre les participants, il leur a été demandé de se déplacer jusqu'à la faculté de psychologie de l'ULiège, au Sart-Tilman. Un défraiement de 20 € par personne a été prévu pour rembourser les frais de déplacement.

1.2. Recrutement

Le recrutement des participants s'est fait par le biais des réseaux sociaux, mais également des plateformes telles que MyUliège ou encore via des hôpitaux (après les accords des comités d'éthique des hôpitaux concernés). Une fois leur intérêt manifesté, via des plateformes de communication comme Messenger (système de messagerie instantanée de Facebook) ou par l'adresse mail universitaire de l'étudiant,

⁴ L'échantillon a été récolté par Charlotte Van Stappen et Claes Julie (25 participants par expérimentatrice) qui ont toutes deux fait passer les trois conditions différentes (BPS, AP et C) afin d'éviter un maximum le biais d'expérimentateur. Ensuite, les sujets ont été rassemblés et chaque mémorante a pris l'intégralité des sujets contrôle et ceux de leur condition d'analyse respective.

les participants ont été contactés par téléphone afin d'effectuer un premier screening téléphonique pour déterminer si les critères d'inclusion sont remplis (score inférieur ou égal à 8 sur la HADS).

2. Outils de mesure

2.1. Questionnaires

2.1.1. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

L'Hospital Anxiety and depression scale (HADS) est un questionnaire auto-rapporté en 14 items évaluant l'humeur anxio-dépressive et s'adresse à des adultes de population tout venant. Il est composé d'une échelle de Likert allant de 0 à 3 dont les propositions varient pour chaque item. Ce questionnaire a pour but de détecter les troubles dépressifs et anxieux sur base des critères diagnostiques, de la dépression majeure et du trouble d'anxiété généralisé, présentés dans le DSM-IV (American Psychiatric Association, 2015). Le questionnaire possède deux sous-échelles : une de sept items qui évalue l'anxiété et une autre également de sept items qui évalue la dépression. Dans le cadre de cette étude, seulement la sous-échelle dépression a été utilisée. Ce questionnaire a été créé par Zigmond & Snaith (1983) en langue anglaise. Sa version française a été validée par Lépine et al. (1985) et comporte un alpha de Cronbach qui varie de .68 à .92, ce qui est considéré comme plutôt satisfaisant.

2.1.2. Behavioral Activation for Depression Scale (BADSLF)

Le Behavioral Activation for Depression Scale (BADSLF) est un questionnaire évaluatif auto-rapporté en 25 items conçu pour évaluer l'évolution de l'activation comportementale du répondant. Cet outil est basé sur le bon établissement empirique de l'activation comportementale comme traitement de la dépression et possède cinq dimensions principales : activation (action et complétion ciblée et orientée vers un but d'activité planifiée), évitement (évitement des états aversifs négatifs), rumination (engagement dans des ruminations sombres), difficulté au travail/école (conséquences de l'inactivité pour les responsabilités au travail et à l'école), difficulté sociale (conséquence de l'inactivité pour les contacts sociaux). Ce questionnaire est composé d'une échelle de Likert allant de 0 (pas du tout) à 6 (complètement). Il a été conçu pour être utilisé avec une population présentant des affects dépressifs. Ce questionnaire a été créé par Kanter et al. (2007) en langue anglaise. Sa version française a été validée par Krings et al. (2021) et comporte une fidélité test-retest satisfaisante de .70 pour l'échelle globale ; de .63 pour la sous-échelle d'activation comportementale ; de .75 pour la sous-échelle des évitements comportementaux ; de .75 pour la sous-échelle des ruminations ; de .67 pour la sous-échelle des difficultés à l'école ou au travail ; de .47 pour la sous-échelle des difficultés sociales.

2.1.3. Beck Depression Inventory – second edition (BDI - II)

La Beck Depression Inventory-second Édition (BDI-II) est un questionnaire auto-rapporté de 21 items. Il a été construit sur base des critères diagnostiques des troubles dépressifs du DSM-IV (American Psychiatric Association, 2015). Deux dimensions composent le BDI-II : la dimension générale dépressive et l'attitude critique envers soi. Elle permet d'évaluer la sévérité de la symptomatologie dépressive et d'avoir des indications sur la nature des symptômes présents. Le test est conçu pour une population adulte clinique et non-clinique (Wang & Gorenstein, 2013). Le questionnaire est composé d'une échelle de Likert allant de 0 à 3, pour laquelle les propositions dépendent de l'affect concerné. Ce questionnaire a été créé par Beck et al. (1996) en langue anglaise. Sa version française a été validée par Bourque & Beaudette (1982) et comporte une fidélité test-retest satisfaisante de .62.

2.1.4. Revised Life Orientation Test (LOT-R)

Le LOT-R est un questionnaire auto-rapporté de 10 items évaluant la disposition à penser de manière optimiste. Il se compose d'une échelle de Likert allant de 0 (totalement en désaccord) à 4 (totalement en accord). Ce questionnaire comprend six énoncés d'évaluation personnelle concernant les attentes générales à conséquences positives (1, 4 et 10) et à conséquences négatives (3, 7 et 9). Il y a également quatre énoncés (2, 5, 6 et 8) inclus pour servir de leurre. Ce questionnaire a été créé par Scheier et al. (1994) en langue anglaise. Sa version française a été validée par Trottier et al. (2008) et comporte une fidélité test-retest satisfaisante de .74.

2.1.5. Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)

La Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) est une échelle auto-rapportée en 20 items ayant pour objectif de comprendre et évaluer l'état affectif, l'humeur et les traits affectifs. Cette échelle est constituée de deux dimensions : les affects positifs (PA : positive affect) et les affects négatifs (NA : negative affect). Trois autres dimensions sont également évaluées : la peur et la contrariété dans les NA ainsi que la dimension positive dans les PA. Chaque sous-échelle comporte 10 items. Le questionnaire est composé d'une échelle de Likert allant de 1 (très peu ou pas du tout) à 5 (énormément). Ce questionnaire a été créé par Watson et al. (1988) en langue anglaise et traduit par Caci & Baylé (2007). Sa version française possède des alphas Crombach satisfaisants à savoir : pour l'affect positif (échantillon 1 = .90 ; échantillon 2 = .91) et pour l'affect négatif (échantillon 1 = .80 ; échantillon 2 = .84) (Gaudreau et al., 2006).

2.1.6. Savoring Belief inventory (SBI)

Le SBI est un questionnaire auto-rapporté de 24 items (12 positifs et 12 négatifs) évaluant la capacité à "savourer" les expériences positives. Il existe trois sous-échelles dans ce questionnaire qui évaluent des temporalités différentes : réminiscence (temporalité passée), savourer le moment (temporalité moment présent) et anticipation (temporalité future). Chaque sous-échelle est composée de 8 items. Le questionnaire

est composé d'une échelle de Likert allant de 1 (fortement en désaccord) à 7 (fortement en accord) avec une graduation intermédiaire. Ce questionnaire a été créé par Bryant (2003) en langue anglaise. Sa version française a été validée par Golay et al. (2018). Il comporte une fidélité test-retest satisfaisante de .84 pour le score total, .80 pour la sous-échelle anticipation, .88 pour la sous-échelle savourer le moment et .85 pour la sous-échelle réminiscence.

2.1.7. *Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS)*

La WEMWBS est une évaluation auto-rapportée de 14 items pour comprendre le bien-être mental. Elle se compose d'une échelle de Likert allant de 1 (jamais) à 5 (tout le temps). Cette échelle a été créée par Tennant et al. (2007) en langue anglaise. Sa version française a été validée par Trousselard et al. (2016). L'alpha de Cronbach de cette échelle est de .85, ce qui est satisfaisant pour la fidélité du test.

2.1.8. *Plymouth Sensory Imagery Questionnaire (PSIQ)*

Le PSIQ est un questionnaire auto-rapporté de 35 items évaluant la vivacité des images mentales que peut générer le répondant. Il se compose de sept modalités sensorielles (visuelle, auditive, olfactive, gustative, tactile, sensations corporelles et émotions) dont chacune est représentée par cinq items. Ce questionnaire présente une échelle de Likert allant de 1 (pas d'images) à 10 (image aussi claire et vivace que la réalité). Ce questionnaire a été créé par Andrade et al. (2014) en langue anglaise. Sa version française a été traduite par Ceschi & Pictet (2018). Les auteurs ne font pas état d'un indice de fidélité pour la version française.

2.2. *Carnet de bord*

Lors de cette étude, le participant s'est vu remettre un carnet de bord à compléter lors de son avancement dans la prise en charge. L'objectif est d'évaluer l'évolution de certaines variables (motivation, réjouissance, plaisir, satisfaction, effort, évitement, importance et temps) entre l'avant et l'après intervention. Il lui a été demandé de répondre à des questions concernant les activités planifiées lors de la procédure décrite ci-dessous (voir Annexe 1). Dans la condition BPS, le participant devait également répondre à des questions concernant le déroulé des exercices d'imagerie mentale (voir Annexe 2).

2.3. *Entretien semi-structuré standardisé*

Lors de l'appel de suivi, entre les deux phases de testings décrites dans la procédure ci-dessous, l'expérimentatrice faisait passer au participant un entretien semi-structuré standardisé afin de savoir comment se passaient les activités jusque-là. Celui-ci est composé de deux faces dont l'une des deux n'est utilisée que dans le cas de la condition BPS (voir Annexe 3).

2.4. *Enquête de satisfaction*

Lors de la deuxième phase de testing, décrite dans la procédure ci-dessous, l'expérimentatrice faisait passer au participant une enquête de satisfaction standardisée afin de savoir : comment s'était déroulée l'étude,

ce que le participant en a pensé, etc. Celle-ci est composée de trois faces dont l'une des trois n'est utilisée que dans le cas de la condition BPS (voir Annexe 4).

3. Procédures

3.1. Labo de passation :

Les testings se sont déroulés en présentiel dans les locaux prévus à cet effet à l'université de Liège sur le site du Sart-Tilman. Le local a été aménagé de façon chaleureuse et propice à la détente afin de favoriser, chez le participant un état de relaxation durant les exercices d'imagerie mentale. La pièce a été chauffée pour avoir une température idéale. La pièce a été isolée du mieux possible des nuisances extérieures dans l'optique de créer un endroit calme. Ceci représente les conditions de laboratoire dans lesquelles se sont donnés les deux testings et ce, pour chaque participant, dans un souci de standardisation.

3.2. Chronologie et contenu de la procédure :

La chronologie de l'expérimentation est illustrée dans la Figure 4

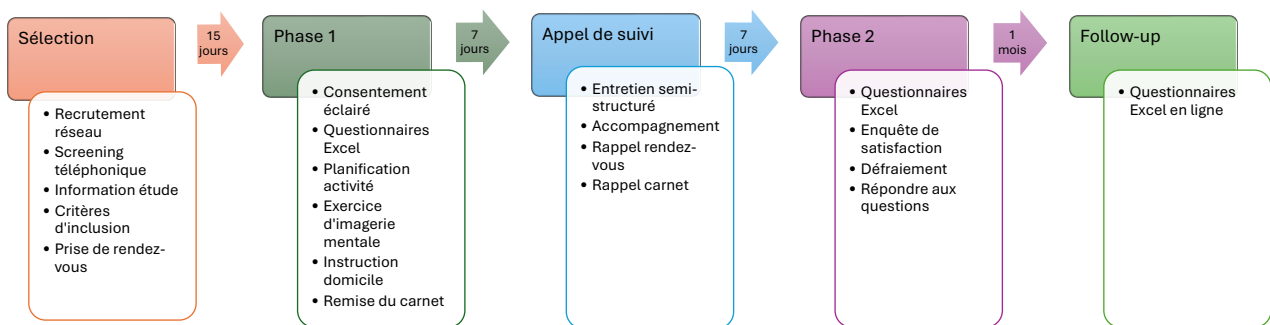


Figure 4 : Chronologie et contenu de la procédure

3.3. Screening téléphonique :

Suite à leur candidature, les participants ont été contactés par téléphone. Lors de cet appel, ils ont reçu les différentes informations concernant le déroulé de l'étude et l'utilisation de leurs données personnelles. Les participants se sont vus administrer le questionnaire HADS. Si le score obtenu était supérieur ou égal à 8, le critère d'inclusion était rempli et les participants intégraient l'étude en passant à la phase suivante. Dans le cas contraire, le critère n'était pas rempli et l'étude s'arrêtait là, entraînant la suppression des données récoltées.

3.4. Première phase de testing (T1) :

La première phase durait environ 2h en fonction du participant ainsi que de la condition à laquelle il se voyait attribuer. Dans un premier temps, les participants ont signé un consentement éclairé après avoir reçu les différentes informations concernant l'étude et les modalités de participation.

Dans un second temps, les participants ont rempli un questionnaire de données socio-démographiques, puis une série de questionnaires sous format Excel dans un ordre chronologique précis (BADS-LF, BDI-II, LOT-R, PANAS, SBI, WEMWBS, PSIQ).

Dans un troisième temps, il a été demandé aux participants de réfléchir à quatre activités à réaliser dans les deux semaines : deux activités non agréables mais importantes et deux activités agréables mais pas importantes (consigne en Annexe 5). Pour faciliter ses choix, il lui a été proposé une liste d'activités pouvant être perçues comme agréables (voir Annexe 6). Il leur a été demandé de réfléchir aux différents détails de cette activité afin d'assurer une planification correcte, tenant compte des facteurs facilitant et freinant. Les activités devaient remplir certaines conditions pour être validées par l'expérimentatrice : être espacées de deux jours minimum, ne pas être interdépendantes, ne pas excéder 5 sur une échelle de 0 à 10 en termes de difficulté perçue.

Pour finir, les participants répondaient à une série de questions sur les activités qu'ils avaient planifiées afin de savoir où ils se situaient sur différentes variables (motivation, réjouissance, plaisir, satisfaction, effort, évitement, importance et temps) avant le début de l'intervention (voir Annexe 7). Ils ont reçu un carnet de bord qu'ils devaient compléter après chaque activité (le jour même).

Dans la condition contrôle (C), le testing s'arrêtait là et aucun exercice d'imagerie mentale n'était proposé aux participants. Dans la condition Best Possible Self (BPS), les participants rédigeaient leur BPS avant le choix des activités (voir Annexe 8). Après, ils réalisaient un exercice d'imagerie mentale où ils se projetaient en vue subjective dans cet avenir où tout se déroule pour le mieux. Il était demandé aux participants de réaliser le même exercice d'imagerie mentale chaque jour à domicile via des audios qui leur étaient envoyés par l'expérimentatrice.

3.5. Appel téléphonique de suivi :

Une semaine après le T1, l'expérimentatrice contactait les participants afin de leur faire passer un entretien semi-structuré standardisé où elle leur posait des questions sur la réalisation des activités et des éventuelles difficultés rencontrées. Dans le cas de la condition BPS, l'expérimentatrice posait des questions supplémentaires sur la réalisation des exercices d'imagerie mentale.

3.6. Deuxième phase de testing (T2) :

Lors de la deuxième phase de testing, les participants repassaient les mêmes questionnaires dans le même ordre que lors de la première phase de testing. Après récupération du carnet, l'expérimentatrice effectuait une enquête de satisfaction standardisée.

3.7. Follow-up (T3) :

Un follow-up était prévu un mois après le deuxième entretien. Le participant recevait les mêmes questionnaires en ligne.

Chapitre VI : Présentations des résultats

Ce chapitre est consacré à la présentation des résultats obtenus lors de l'expérimentation. La première partie présente les données recueillies à l'aide de statistiques descriptives (moyennes, écarts-type et fréquences) sous forme de tableaux. Un texte explicatif peut venir préciser la réflexion et les détails par rapport à ces données obtenues. La deuxième partie est consacrée aux analyses statistiques effectuées pour vérifier les hypothèses définies au préalable. Les tests employés lors de ces analyses sont : le test U non-paramétrique de Mann-Whitney, le test de Shapiro-Wilk (normalité des données), le test de Levene (homogénéité des variances) et l'analyse de variance (ANOVA mixte à mesures répétées). Ceux-ci sont réalisés avec le logiciel Jamovi (Jamovi (Version 2.3), 2024) en tenant compte d'un seuil de significativité⁵ de $\alpha = .05$.

Pour les ANOVA, la mesure de taille d'effet choisie afin d'évaluer la proportion d'effet de chaque facteur sur la variable dépendante est : Êta-Carré partiel (η^2_p)⁶. Lorsque les ANOVA montrent un effet principal significatif ou un effet d'interaction, un test post hoc (correction de Tukey) est effectué afin de voir où se situe l'effet significatif. De plus, la variable nominale « nature de l'activité » est considérée comme un facteur intra-sujets car chaque sujet a planifié et/ou réalisé des activités agréables et importantes. À la différence, la variable nominale « condition » est considérée comme un facteur inter-sujets car un même sujet ne peut appartenir qu'à une seule condition. La variable « temps » est quant à elle automatiquement un facteur intra-sujets car elle constitue les mesures répétées.

1. Statistiques descriptives : présentation des données recueillies

1.1. Données sociodémographiques

Le Tableau 1, reprend les statistiques descriptives des données socio-démographiques des différents échantillons : Contrôle, Best-possible-self et Total. Lors du recrutement, sept personnes, incluses dans l'étude, l'ont abandonné avant le T1. Une personne du groupe contrôle a été exclue après avoir réalisé l'intégralité de l'étude, car elle n'avait pas rendu le carnet d'activité, ce qui ne permettait pas une analyse de données.

Les test χ^2 d'indépendance et U de Mann-Whitney (car la distribution de la variable âge est non-normale) sont effectués pour vérifier la répartition des fréquences des différentes variables dans les deux groupes. Ainsi, il n'apparaît pas de différences significatives (voir Tableau 1 pour valeurs des tests et de p).

⁵ « n.s. » signifie que la valeur de p est non significative car strictement supérieure au seuil de significativité ($\alpha = .05$).

⁶ Pour interpréter cette valeur de η^2_p , les normes employées sont les suivantes : un score entre .01 et .06 montrera une petite taille d'effet ; un score entre .06 et .14 montrera une taille d'effet moyenne ; un score supérieur à .14 montrera une grande taille d'effet. Pour illustrer, un score de .3 signifiera que 30% de la variance de la variable dépendante est due au facteur évalué par η^2_p (Cohen, 1988).

Variables	Mean (SD)			Min - Max			Test	Valeur de <i>p</i>
	<i>C</i> (<i>N</i> = 18)	<i>BPS</i> (<i>N</i> = 16)	<i>Total</i> (<i>N</i> = 34)	<i>C</i> (<i>N</i> = 18)	<i>BPS</i> (<i>N</i> = 16)	<i>Total</i> (<i>N</i> = 34)		
Âge	40.60 (12.20)	36.40 (10.80)	38.60 (11.60)	26 - 65	25 - 65	25 - 65	<i>U</i> = 112	<i>p</i> = .27 n.s.
Humeur (0 – 10)	6.44 (1.46)	6.38 (1.89)	6.41 (1.65)	4 - 10	4 - 10	4 - 10	-	-
Modalités				(N) %			Test	Valeur de <i>p</i>
				<i>C</i> (<i>N</i> = 18)	<i>BPS</i> (<i>N</i> = 16)	<i>Total</i> (<i>N</i> = 34)		
Genre	Homme			(5) 27.78%	(9) 56.25%	(14) 41.18%	χ^2 (1, 34) = 2.84	<i>p</i> = .09 n.s.
	Femme			(13) 72.22%	(7) 43.75%	(20) 58.82%		
	Genre non-spécifié			-	-	-		
Nationalité	Belge			(16) 88.88%	(15) 93.75%	(31) 91.18%	χ^2 (3, 34) = 2.92	<i>p</i> = .40 n.s.
	Mexicaine			(1) 5.56%	-	(1) 2.94%		
	Italienne			(1) 5.56%	-	(1) 2.94%		
	Française			-	(1) 6.25%	(1) 2.94%		
Niveau d'éducation	Je n'ai pas terminé l'école primaire			-	-	-	χ^2 (3, 34) = 1.83	<i>p</i> = .61 n.s.
	École primaire			-	-	-		
	Secondaire inférieur (Belgique) / Collège (France)			(2) 11.11%	(2) 12.50%	(4) 11.76%		
	Secondaire supérieur (Belgique) / Lycée (France)			(7) 38.89%	(9) 56.25%	(16) 47.06%		
	Enseignement supérieur de type court			(8) 44.44%	(5) 31.25%	(13) 38.24%		
	Enseignement supérieur de type long			(1) 5.56%	-	(1) 2.94%		
État civil	Docteurat			-	-	-	χ^2 (4, 34) = 3.87	<i>p</i> = .42 n.s.
	Célibataire			(8) 44.44%	(7) 43.75%	(15) 44.13%		
	Marié(e)			(4) 22.22%	(5) 31.25%	(9) 26.47%		
	Divorcé (e)			(4) 22.22%	(1) 6.25%	(5) 14.70%		
	Séparé(e)			-	-	-		
	Cohabitation légale			(1) 5.56%	(3) 18.75%	(4) 11.76%		
Nombre d'enfant	Autre			(1) 5.56%	-	(1) 2.94%	χ^2 (3, 34) = 4.29	<i>p</i> = .23 n.s.
	0			(8) 44.44%	(9) 56.25%	(17) 50%		
	1			(4) 22.22%	-	(4) 11.76%		
	2			(5) 27.78%	(5) 31.25%	(10) 29.42%		
	3			(1) 5.56%	(2) 12.50%	(3) 8.82%		
SD = Écart-type Mean = Moyenne % = Fréquence <i>N</i> = Nombre de participants <i>C</i> = Groupe Contrôle <i>BPS</i> = Groupe Best-Possible-Self Total = <i>BPS</i> + <i>C</i> n.s. = « non-significatif »								

Tableau 1 : Données sociodémographiques des participants

1.2. Données recueillies sur les activités planifiées

Le Tableau 2 reprend les statistiques descriptives (moyennes et écarts-types) des activités planifiées (agréables et importantes/désagréables) en fonction de la condition (Contrôle et BPS) et du temps (T1 et T2). Le relevé en T1 a été réalisé dans les deux conditions après avoir planifié les activités. Pour rappel, les participants du groupe BPS ont réalisé l'exercice d'écriture et d'imagerie avant de planifier les activités. Le relevé en T2 a été réalisé par les participants au cours des deux semaines d'intervention après chaque activité au moyen d'un carnet d'activité : la première partie des questions – similaire au T1 – concernait leurs sentiments et pensées avant la réalisation de l'activité, alors que la deuxième partie – non présente au T1 – concernait leurs pensées après avoir réalisé l'activité.

	Condition Contrôle (N = 18) 53 activités réalisées sur 72 (73.61%)				Condition BPS (N = 16) 53 activités réalisées sur 64 (82.81%)			
Nombre d'activités réalisées – M(SD)	2.94 (0.99)				3.31 (0.79)			
	Agréable 25 activités réalisées sur 36 (69.44%)		Importante/désagréable 28 activités réalisées sur 36 (77.78%)		Agréable 27 activités réalisées sur 32 (84.37%)		Importante/désagréable 26 activités réalisées sur 32 (81.25%)	
	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2
Motivation – M(SD)	7.17 (1.85)	6.94 (2.02)	3.75 (2.12)	4.29 (1.90)	7.78 (1.37)	7.09 (2.12)	3.78 (2.33)	4.57 (2.42)
Réjouissance – M(SD)	7.61 (1.33)	7.15 (2.21)	2.78 (1.76)	2.38 (1.67)	7.91 (1.43)	7.09 (2.15)	3.78 (2.29)	4.23 (2.19)
Plaisir anticipé – M(SD)	8.11 (1.17)	7.65 (1.64)	2.92 (1.43)	3.09 (2.19)	8.09 (1.07)	7.75 (1.91)	3.84 (2.34)	3.80 (2.11)
Satisfaction anticipé – M(SD)	8.08 (0.99)	7.32 (1.51)	6.61 (1.68)	5.85 (1.56)	8.44 (0.93)	7.94 (1.91)	7.81 (1.77)	6.80 (2.21)
Gratification anticipé – M(SD)	6.58 (1.77)	5.12 (2.93)	5.58 (2.02)	4.09 (2.71)	7.47 (2.00)	6.78 (2.54)	7.59 (2.06)	6.63 (1.76)
Effort anticipé – M(SD)	5.25 (2.10)	5.03 (2.01)	7.58 (1.58)	7.29 (2.18)	5.97 (1.94)	5.16 (3.03)	7.31 (1.81)	7.60 (1.48)
Évitement – M(SD)	4.14 (2.91)	4.41 (2.61)	7.31 (2.24)	6.76 (2.73)	6.25 (2.90)	5.91 (3.21)	8.16 (1.70)	7.70 (1.71)
Importance – M(SD)	6.97 (1.59)	7.03 (1.58)	6.86 (2.19)	6.26 (3.04)	7.44 (1.63)	7.34 (2.17)	6.75 (2.81)	7.00 (2.55)
Temps – M(SD)	5.64 (2.47)	5.00 (2.17)	6.06 (1.61)	5.47 (2.67)	5.97 (2.80)	5.56 (2.40)	6.38 (2.48)	5.87 (2.79)
Effort – M(SD)	-	6.76 (2.20)	-	4.85 (2.61)	-	7.16 (1.69)	-	5.93 (2.37)
Humeur – M(SD)	-	7.82 (1.37)	-	6.87 (2.41)	-	7.97 (1.72)	-	6.87 (1.61)
Plaisir – M(SD)	-	7.53 (2.04)	-	5.10 (2.56)	-	7.94 (1.39)	-	5.10 (2.28)
Satisfaction – M(SD)	-	7.62 (1.19)	-	6.56 (2.71)	-	7.94 (1.85)	-	7.40 (2.10)
Gratification – M(SD)	-	5.68 (2.74)	-	5.35 (3.01)	-	7.41 (1.76)	-	6.73 (2.05)
<i>SD = Écart-type M = Moyenne N = Nombre de participants % = Fréquence</i>								

Tableau 2 : Statistiques descriptives des données sur les activités planifiées en fonction de la nature de l'activité, du temps et de la condition

1.3. Données recueillies des différents questionnaires

Le Tableau 3 reprend les moyennes et les écarts-types des questionnaires (BADSLF, BDI-II, LOT-R, PANAS, SBI, WEMWBS, PSI-Q) en fonction de la condition (Contrôle et BPS) et du temps (T1 et T2).

		Condition Contrôle (N = 18)		Condition BPS (N = 16)	
		T1	T2 (15 jours après T1)	T1	T2 (15 jours après T1)
BADSLF – M(SD)	Activation	18.80 (7.67)	23.50 (7.41)	17.60 (7.90)	22.90 (8.56)
	Rumination	24.60 (10.20)	16.50 (11.20)	21.90 (9.96)	14.80 (9.93)
	Dysfonctionnement Professionnel	14.60 (7.36)	9.17 (11.00)	15.40 (6.02)	11.10 (6.26)
	Dysfonctionnement Social	11.40 (9.54)	6.78 (6.67)	8.25 (3.45)	7.19 (7.04)
	Total	75.20 (24.40)	98.80 (22.20)	78.90 (21.50)	97.10 (28.70)
BDI-II – M(SD)		27.80 (10.50)	18.90 (14.00)	23.80 (4.92)	16.50 (9.19)
LOT-R – M(SD)		11.20 (5.31)	11.60 (6.45)	10.90 (4.69)	12.30 (4.39)
PANAS – M(SD)	Positive Affect	27.30 (8.24)	29.80 (7.56)	27.60 (6.80)	31.70 (8.01)
	Negative Affect	30.00 (7.74)	26.20 (9.19)	25.10 (7.24)	26.00 (7.17)
SBI – M(SD)	Anticipation	5.67 (10.40)	3.39 (10.80)	7.13 (6.69)	7.06 (7.68)
	Savourer moment	- 0.50 (10.20)	1.11 (11.00)	1.81 (7.29)	2.06 (8.54)
	Réminiscence	7.56 (8.56)	7.39 (8.83)	7.25 (9.21)	7.81 (8.04)
	Total	12.70 (26.50)	11.90 (28.30)	16.20 (15.70)	16.90 (20.00)
WEMWBS – M(SD)		25.70 (6.72)	28.70 (9.72)	26.80 (6.44)	31.90 (9.38)
PSIQ – M(SD)	Total	253 (52.60)	256 (43.40)	298 (39.30)	300 (36.60)

SD = Écart-type | M = Moyenne | N = Nombre de participants

Tableau 3 : Statistiques descriptives des questionnaires en fonction de la condition et du temps (T1-T2)

Le Tableau 4 reprend les moyennes et les écarts-types des sept questionnaires – scores totaux et sous-échelles – pour chaque condition en fonction des temps T1, T2 et T3. Ces données n’ont pas été rajoutées au Tableau 3 car tous les participants n’avaient pas rempli le follow-up : BPS (N = 4) et C (N = 2). L’échantillon a donc été réduit et les scores (T1-T2) recalculés afin de pouvoir être comparés avec le T3. Les analyses, qui suivent, tiennent compte des deux échantillons : le total et le réduit.

		Condition Contrôle (N = 16)			Condition BPS (N = 12)		
		T1	T2 (15 jours après T1)	T3 (1 mois après T2)	T1	T2 (15 jours après T1)	T3 (1 mois après T2)
BADSLF – M(SD)	Activation	19.10 (8.02)	24.60 (6.52)	25.00 (7.76)	20.90 (5.84)	22.80 (9.73)	23.70 (6.46)
	Rumination	25.20 (8.86)	16.90 (11.40)	12.00 (11.30)	19.30 (9.12)	14.90 (11.40)	10.80 (10.60)
	Dysfonctionnement Professionnel	15.00 (6.50)	8.44 (4.50)	8.25 (5.22)	14.30 (6.25)	10.70 (6.98)	7.83 (4.17)
	Dysfonctionnement Social	10.00 (9.06)	6.44 (6.47)	6.69 (5.90)	8.25 (3.47)	7.58 (7.88)	5.42 (3.80)
	Total	75.40 (25.90)	101 (21.10)	106 (25.10)	86.30 (18.90)	96.80 (101)	107 (21.20)
BDI-II – M(SD)		26.30 (9.34)	17.40 (11.30)	15.60 (12.00)	22.30 (4.40)	16.80 (10.60)	14.80 (8.31)
LOT-R – M(SD)		11.00 (4.69)	11.80 (5.67)	12.60 (6.21)	10.30 (4.01)	12.10 (4.72)	13.10 (4.80)
PANAS – M(SD)	Positive Affect	27.60 (8.34)	29.80 (7.56)	29.30 (5.94)	28.60 (7.54)	31.90 (9.10)	29.50 (9.41)
	Negative Affect	30.00 (6.98)	25.70 (8.42)	23.60 (9.83)	23.40 (7.50)	26.70 (8.14)	21.00 (6.25)
SBI – M(SD)	Anticipation	6.75 (9.46)	4.31 (9.92)	6.38 (12.30)	7.08 (7.49)	6.08 (8.25)	6.58 (11.20)
	Savourer moment	-0.375 (10.10)	1.69 (10.90)	1.44 (10.70)	2.75 (8.27)	2.83 (9.79)	3.67 (9.46)
	Réminiscence	8.25 (7.23)	8.00 (7.27)	6.50 (9.57)	8.42 (9.19)	10.10 (7.84)	9.25 (10.40)
	Total	14.60 (23.90)	14.00 (25.60)	14.30 (29.40)	18.30 (16.90)	19.00 (22.60)	19.50 (28.10)
WEMWBS – M(SD)		25.90 (6.65)	28.80 (8.78)	30.60 (9.86)	27.80 (6.89)	32.20 (10.90)	31.20 (12.70)
PSIQ – M(SD)	Total	253 (51.80)	257 (40.20)	257 (45.70)	294 (43.10)	302 (34.30)	314 (27.50)

SD = Écart-type | M = Moyenne | N = Nombre de participants

Tableau 4 : Statistiques descriptives des questionnaires en fonction de la condition et du temps (T1-T2-T3)

2. Analyses statistiques pour répondre aux hypothèses

2.1. Résultats des activités planifiées

2.1.1. Analyse du nombre d'activités réalisées en fonction du groupe

Pour éprouver l'hypothèse selon laquelle le groupe expérimental (BPS) réaliserait plus d'activités que le groupe contrôle, un test non paramétrique U de Mann Whitney est effectué pour vérifier la différence entre les deux groupes. Pour commencer, la normalité de distribution des données est évaluée à l'aide d'un test W de Shapiro-Wilk qui montre que les données de la variable « nombre d'activités » sont distribuées anormalement : $[W(34) = .88, p = .002]$. Ensuite, l'homogénéité des variances est testée à l'aide du test de Levene qui montre que les variances sont homogènes : $[F(1, 32) = 0.05, p = .83 \text{ n.s.}]$ indiquant une plus grande fiabilité des tests statistiques destinés à comparer les moyennes des deux groupes. Pour terminer, aux vues de la distribution anormale des données, les deux groupes sont comparés à l'aide d'un test U de Mann Whitney qui montre l'inexistence de différence statistiquement significative entre le groupe BPS ($M = 3.31$) et le groupe contrôle ($M = 2.94$) : $[U(N_{\text{activitésBPS}} = 64, N_{\text{activitéscontrôle}} = 72) = 114, p = .14 \text{ n.s.}]$. Ainsi, il n'y a pas assez de preuves pour affirmer que le groupe BPS a réalisé plus d'activités que le groupe contrôle.

2.1.2. Analyses des variables évaluées en T1 et en T2

Pour éprouver l'hypothèse selon laquelle le groupe expérimental (BPS) montrerait des améliorations au niveau des scores des variables liées aux activités planifiées en comparatif du groupe contrôle, celles-ci ont été évaluées à l'aide de questions avec des échelles allant de 0 à 10 à différents moments (T1 et T2). Des analyses de variance (ANOVA) à mesures répétées mixtes sont réalisées sur les différentes variables en fonction de trois facteurs : la nature de l'activité (2 niveaux : agréable vs importante/désagréable), la condition (deux niveaux : Contrôle vs BPS) et le temps (2 niveaux : T1 vs T2). Comme ils ne possèdent que deux modalités chacun, la condition de sphéricité est automatiquement remplie. Les résultats attendus aux différentes variables du groupe BPS, par rapport au groupe contrôle, sont :

- Une plus grande augmentation des scores, entre T1 et T2, des variables : motivation, réjouissance, plaisir anticipé, satisfaction anticipée et importance.
- Une plus grande diminution des scores, entre T1 et T2, des variables : effort anticipé, évitement et temps.

❖ Motivation

Pour la motivation, l'ANOVA révèle un effet principal significatif de la nature de l'activité $[F(1, 30) = 69.25, p < .001, \eta^2_p = .70]$. L'ANOVA ne révèle pas d'effets principaux significatifs du temps $[F(1, 30) = 0.48, p = .49 \text{ n.s.}]$ et de la condition $[F(1, 30) = 0.10, p = .75 \text{ n.s.}]$. L'ANOVA révèle une interaction significative « temps x nature activité » $[F(1, 30) = 5.16, p = .03, \eta^2_p = .15]$. L'ANOVA ne révèle pas

d'interactions significatives : « temps x condition » [$F(1, 30) = 0.01, p = 0.94$ n.s.] ; « nature activité x condition » [$F(1, 30) = 0.25, p = .62$ n.s.] et « temps x nature activité x condition » [$F(1, 30) = 1.34, p = .25$ n.s.]. Pour la nature de l'activité, les tests post-hoc montrent que les participants rapportent des scores plus élevés pour les activités agréables que pour les importantes [$t(30) = 8.32, p < .001$]. Pour l'interaction « temps x nature activité », les tests post-hoc montrent que les participants rapportent des scores plus élevés en T1 des activités agréables qu'en T1 [$t(30) = 7.84, p < .001$] et en T2 [$t(30) = 6.47, p < .001$] des importantes ; ainsi que des scores plus élevés en T2 des activités agréables qu'en T1 [$t(30) = - 7.59, p < .001$] et en T2 [$t(30) = 6.12, p < .001$] des importantes. Cependant, ils ne montrent pas de différences significatives entre le T1 et le T2 des activités agréables [$t(30) = 1.19, p = .64$ n.s.].

❖ Réjouissance

Pour la réjouissance, l'ANOVA révèle un effet principal significatif de la nature de l'activité [$F(1, 30) = 97.10, p < .001, \eta^2_p = .76$]. L'ANOVA ne révèle pas d'effets principaux significatifs du temps [$F(1, 30) = 1.59, p = .22$ n.s.] et de la condition [$F(1, 30) = 2.14, p = .15$ n.s.]. L'ANOVA révèle une interaction significative « temps x nature activité x condition » [$F(1, 30) = 5.04, p = .03, \eta^2_p = .14$]. L'ANOVA ne révèle pas d'interactions significatives : « temps x condition » [$F(1, 30) = 0.92, p = .35$ n.s.] ; « nature activité x condition » [$F(1, 30) = 2.05, p = .16$ n.s.] et « temps x nature activité » [$F(1, 30) = 3.37, p = .08$ n.s.]. Pour la nature de l'activité, les tests post-hoc montrent que les participants rapportent des scores plus élevés pour les activités agréables que pour importantes [$t(30) = 9.85, p < .001$]. Pour l'interaction « temps x nature activité x condition », les tests post-hoc montrent que les participants du groupe BPS rapportent des scores plus élevés en T1 des activités agréables qu'en T1 [$t(30) = 6.57, p < .001$] et en T2 [$t(30) = 5.65, p < .001$ s.] des importantes de leur groupe ainsi qu'en T1 [$t(30) = 8.25, p < .001$] et en T2 [$t(30) = 9.19, p < .001$ s.] des importantes du groupe contrôle. Ils montrent également qu'en T2 des activités agréables, les participants du groupe BPS rapportent des scores plus élevés qu'en T1 [$t(30) = - 4.68, p = .001$] et en T2 [$t(30) = 4.09, p = .006$] des importantes. Cependant, ils ne montrent pas de différences significatives entre le T1 et le T2 des activités agréables pour le groupe BPS [$t(30) = 2.05, p = .47$ n.s.] et le groupe contrôle [$t(30) = 1.12, p = 0.95$ n.s.], ainsi qu'entre le groupe contrôle et le groupe BPS pour les activités agréables en T1 [$t(30) = 0.492, p = 1.00$ n.s.] et en T2 [$t(30) = - 0.19, p = 1.00$ n.s.].

❖ Plaisir anticipé

Pour le plaisir anticipé, l'ANOVA révèle un effet principal significatif de la nature de l'activité [$F(1, 30) = 128.80, p < .001, \eta^2_p = .81$]. L'ANOVA ne révèle pas d'effets principaux significatifs du temps [$F(1, 30) = 0.38, p = .54$ n.s.] et de la condition [$F(1, 30) = 0.93, p = .34$ n.s.]. L'ANOVA ne révèle pas d'interactions significatives : « temps x nature activité » [$F(1, 30) = 0.94, p = .34$ n.s.] ; « temps x condition » [$F(1, 30) = 0.01, p = 0.924$ n.s.] ; « nature activité x condition » [$F(1, 30) = 0.85, p = .36$ n.s.] et « temps x nature activité

x condition » [$F(1, 30) = 0.003, p = .96$ n.s.]. Le test post-hoc montre que les participants rapportent des scores plus élevés pour les activités agréables que pour les importantes [$t(30) = 9.85, p < .001$].

❖ Satisfaction anticipée

Pour la satisfaction anticipée, l'ANOVA révèle des effets principaux significatifs de la nature de l'activité [$F(1, 30) = 12.22, p = .001, \eta^2_p = 0.29$] et du temps [$F(1, 30) = 10.87, p = .003, \eta^2_p = 0.27$]. L'ANOVA ne révèle pas d'effet principal significatif de la condition [$F(1, 30) = 0.93, p = 0.34$ n.s.]. L'ANOVA ne révèle pas d'interactions significatives « temps x nature activité » [$F(1, 30) = 0.78, p = .38$ n.s.] ; « temps x condition » [$F(1, 30) = 0.11, p = .74$ n.s.] ; « nature activité x condition » [$F(1, 30) = 0.56, p = .46$ n.s.] et « temps x nature activité x condition » [$F(1, 30) = 0.06, p = .81$ n.s.]. Pour la nature de l'activité, le test post-hoc montre que les participants rapportent des scores plus élevés pour les activités agréables que pour les importantes [$t(30) = 3.50, p = .001$]. Pour le temps, le test post-hoc montre que les participants rapportent des scores plus élevés en T2 qu'en T1 [$t(30) = 3.30, p = .003$].

❖ Effort anticipé

Pour l'effort anticipé, l'ANOVA révèle un effet principal significatif de la nature de l'activité [$F(1, 30) = 27.26, p < .001, \eta^2_p = .48$]. L'ANOVA ne révèle pas d'effets principaux significatifs du temps [$F(1, 30) = 0.56, p = .46$ n.s.] et de la condition [$F(1, 30) = 0.13, p = .72$ n.s.]. L'ANOVA ne révèle pas d'interactions significatives : « temps x nature activité » [$F(1, 30) = 1.50, p = .23$ n.s.] ; « temps x condition » [$F(1, 30) = 0.01, p = .91$ n.s.] ; « nature activité x condition » [$F(1, 30) = 0.11, p = .74$ n.s.] et « temps x nature activité x condition » [$F(1, 30) = 1.36, p = .25$ n.s.]. Le test post-hoc montre que les participants rapportent des scores plus faibles pour les activités agréables que pour les importantes [$t(30) = -5.22, p < .001$].

❖ Évitement

Pour l'évitement, l'ANOVA révèle un effet principal significatif de la nature de l'activité [$F(1, 30) = 30.20, p < .001, \eta^2_p = .50$]. Elle ne révèle pas d'effets principaux significatifs du temps [$F(1, 30) = 0.91, p = .35$ n.s.] et de la condition [$F(1, 30) = 2.77, p = .11$ n.s.]. L'ANOVA ne révèle pas d'interactions significatives : « temps x nature activité » [$F(1, 30) = 0.31, p = .58$ n.s.] ; « temps x condition » [$F(1, 30) = 0.15, p = .70$ n.s.] ; « nature activité x condition » [$F(1, 30) = 0.49, p = .49$ n.s.] et « temps x nature activité x condition » [$F(1, 30) = 0.23, p = .63$ n.s.]. Le test post-hoc montre que les participants rapportent des scores plus faibles pour les activités agréables que pour les importantes [$t(30) = -5.50, p < .001$].

❖ Importance

Pour l'importance, l'ANOVA ne révèle pas d'effets principaux significatifs de la nature de l'activité [$F(1, 30) = 0.96, p = .33$ n.s.] ; du temps [$F(1, 30) = 0.02, p = .88$ n.s.] et de la condition [$F(1, 30) = 0.33, p = .58$ n.s.]. L'ANOVA ne révèle pas d'interactions significatives : « temps x nature activité » [$F(1, 30) = 0.004,$

$p = .95$ n.s.] ; « temps x condition » [$F(1, 30) = 0.40, p = .53$ n.s.] ; « nature activité x condition » [$F(1, 30) = 3.95^{e-6}, p = .99$ n.s.] et « temps x nature activité x condition » [$F(1, 30) = 1.50, p = .23$ n.s.].

❖ Difficulté à trouver du temps pour réaliser l'activité (variable Temps)

Pour la difficulté à trouver du temps pour réaliser l'activité, l'ANOVA ne révèle pas d'effets principaux significatifs de la nature de l'activité [$F(1, 30) = 1.45, p = .24$ n.s.] ; du temps [$F(1, 30) = 1.52, p = .23$ n.s.] et de la condition [$F(1, 30) = .85, p = .36$ n.s.]. L'ANOVA ne révèle pas d'interactions significatives : « temps x nature activité » [$F(1, 30) = 0.02, p = .89$ n.s.] ; « temps x condition » [$F(1, 30) = 0.03, p = .87$ n.s.] ; « nature activité x condition » [$F(1, 30) = 0.04, p = .85$ n.s.] et « temps x nature activité x condition » [$F(1, 30) = 0.01, p = .92$ n.s.].

2.1.3. Analyses des variables évaluées seulement en T2

Pour éprouver l'hypothèse selon laquelle, le groupe BPS présenterait des scores supérieurs au groupe contrôle sur les variables – effort, humeur, plaisir, satisfaction et gratification – après avoir réalisé les activités (T2), des analyses de variance (ANOVA) mixtes à deux facteurs sont réalisées : condition (BPS vs Contrôle) et nature de l'activité (agréable vs importante). Ces deux facteurs n'ayant que deux modalités chacun, la condition de sphéricité est automatiquement remplie.

❖ Effort

Pour l'effort, l'ANOVA révèle un effet principal significatif de la nature de l'activité [$F(1, 30) = 9.26, p = .005, \eta^2_p = .24$]. L'ANOVA ne révèle pas d'effet principal significatif de la condition [$F(1, 30) = 1.16, p = .29$ n.s.]. L'ANOVA ne révèle pas d'interaction significative « nature activité x condition » [$F(1, 30) = 0.67, p = .42$ n.s.]. Le test post-hoc montre que les participants rapportent des scores plus élevés pour les activités agréables que pour les importantes [$t(30) = 3.04, p = .005$].

❖ Humeur

Pour de l'humeur, l'ANOVA révèle un effet principal significatif de la nature de l'activité [$F(1, 30) = 9.73, p = .004, \eta^2_p = .24$]. L'ANOVA ne révèle pas d'effet principal significatif de la condition [$F(1, 30) = 0.30, p = .57$ n.s.]. L'ANOVA ne révèle pas d'interaction significative « nature activité x condition » [$F(1, 30) = 0.13, p = .73$ n.s.]. Le test post-hoc montre que les participants rapportent des scores plus élevés pour les activités agréables que pour les importantes [$t(30) = 3.12, p = .004$].

❖ Plaisir

Pour le plaisir, l'ANOVA révèle un effet principal significatif de la nature de l'activité [$F(1, 30) = 32.12, p < .001, \eta^2_p = .55$]. L'ANOVA ne révèle pas d'effet principal significatif de la condition [$F(1, 30) = 2.50, p = .12$ n.s.]. L'ANOVA ne révèle pas d'interaction significative « nature activité x condition » [$F(1,$

30) = 0.66, $p = .42$ n.s.]. Le test post-hoc montre que les participants rapportent des scores plus élevés pour les activités agréables que pour les importantes [$t(30) = 6.09$, $p < .001$].

❖ Satisfaction

Pour la satisfaction, l'ANOVA ne révèle pas d'effets principaux significatifs de la nature de l'activité [$F(1, 30) = 2.51$, $p = .12$ n.s.] et de la condition [$F(1, 30) = 1.33$, $p = .26$ n.s.]. L'ANOVA ne révèle pas d'interaction significative « nature activité x condition » [$F(1, 30) = 0.23$, $p = .63$ n.s.].

❖ Gratification

Pour la gratification, l'ANOVA révèle un effet principal significatif de la condition [$F(1, 30) = 4.27$, $p = .05$, $\eta^2_p = .12$]. L'ANOVA ne révèle pas d'effet principal significatif de la nature de l'activité [$F(1, 30) = 2.05$, $p = .16$ n.s.]. L'ANOVA ne révèle pas d'interaction significative « nature activité x condition » [$F(1, 30) = 0.37$, $p = .55$ n.s.]. Le test post-hoc a montré que les participants du groupe BPS ont rapporté des scores plus élevés que le groupe contrôle [$t(30) = 2.07$, $p = .05$].

2.2. Résultats des questionnaires

Pour éprouver l'hypothèse selon laquelle, le groupe BPS présenterait une amélioration des scores des questionnaires par rapport au groupe contrôle, les mesures ont été effectuées en trois temps différents (T1, T2 et T3). Comme précisé plus haut, les sujets n'ont pas tous répondu au follow-up d'un mois (T3), ainsi, dans l'optique d'être le plus cohérent possible, l'échantillon est réduit. Ce dernier et l'échantillon total font l'objet d'analyses statistiques distinctes.

2.2.1. Analyses de l'échantillon total en fonction du temps et de la condition

Pour analyser l'échantillon total, des ANOVA à mesures répétées mixtes sur deux facteurs – condition (BPS vs Contrôle) et temps (T1 vs T2) – ont été effectuées. Comme les deux facteurs ne possèdent que deux modalités chacun, la condition de sphéricité est automatiquement remplie. Les résultats attendus aux questionnaires du groupe BPS, par rapport au groupe contrôle, sont :

- Une plus grande augmentation entre le T1 et le T2 des scores de : BADS (Activation et Total), LOT-R, PANAS (PA), SBI, WEMBWS et PSQI.
- Une plus grande diminution entre le T1 et le T2 des scores de : PANAS (NA), BADS (ruminations, dysfonctionnement professionnel et social) et BDI-II.

❖ BADS-LF : L'activation comportementale

➤ Activation

Pour l'activation, l'ANOVA révèle un effet principal significatif du temps [$F(1, 32) = 7.23$, $p = .01$, $\eta^2_p = .18$]. L'ANOVA ne révèle pas d'effet principal significatif de la condition [$F(1, 32) = 0.22$, $p = .64$ n.s.].

L'ANOVA ne révèle pas d'interaction significative « condition x temps » [$F(1, 32) = 0.02, p = .87$ n.s.]. Le test post-hoc montre que les participants rapportent des scores plus élevés en T2 [$t(32) = -2.69, p = .01$].

➤ Rumination

Pour la rumination, l'ANOVA révèle un effet principal significatif du temps [$F(1, 32) = 17.24, p < .001, \eta^2_p = .35$]. L'ANOVA ne révèle pas d'effet principal significatif de la condition [$F(1, 32) = 0.49, p = .49$ n.s.]. L'ANOVA ne révèle pas d'interaction significative « condition x temps » [$F(1, 32) = 0.06, p = .8$ n.s.]. Le test post-hoc montre que les participants rapportent des scores plus bas en T2 [$t(32) = 4.15, p < .001$].

➤ Dysfonctionnement Professionnel

Pour les dysfonctionnements professionnels, l'ANOVA révèle un effet principal significatif du temps [$F(1, 32) = 14.87, p < .001, \eta^2_p = .32$]. L'ANOVA ne révèle pas d'effet principal significatif de la condition [$F(1, 32) = 0.63, p = .43$ n.s.]. L'ANOVA ne révèle pas d'interaction significative « condition x temps » [$F(1, 32) = 0.23, p = .64$ n.s.]. Le test post-hoc montre que les participants rapportent des scores plus bas en T2 [$t(32) = 3.86, p < .001$].

➤ Dysfonctionnement Social

Pour les dysfonctionnements sociaux, l'ANOVA révèle un effet principal significatif du temps [$F(1, 32) = 4.83, p = .03, \eta^2_p = .13$]. L'ANOVA ne révèle pas d'effet principal significatif de la condition [$F(1, 32) = 0.46, p = .50$ n.s.]. L'ANOVA ne révèle pas d'interaction significative « condition x temps » [$F(1, 32) = 1.91, p = .18$ n.s.]. Le test post-hoc montre que les participants rapportent des scores plus bas en T2 [$t(32) = 2.20, p = .03$].

➤ Total

Pour l'activation comportementale, l'ANOVA révèle un effet principal significatif du temps [$F(1, 32) = 15.95, p < .001, \eta^2_p = .33$]. L'ANOVA ne révèle pas d'effet principal significatif de la condition [$F(1, 32) = 0.02, p = .88$ n.s.]. L'ANOVA ne révèle pas d'interaction significative « condition x temps » [$F(1, 32) = 0.26, p = .62$ n.s.]. Le test post-hoc montre que les participants rapportent des scores plus élevés en T2 [$t(32) = -3.99, p < .001$].

❖ **BDI-II : La symptomatologie dépressive**

Pour la symptomatologie dépressive, l'ANOVA révèle un effet principal significatif du temps [$F(1, 32) = 25.10, p < .001, \eta^2_p = .44$]. L'ANOVA ne révèle pas d'effet principal significatif de la condition [$F(1, 32) = 1.05, p = .31$ n.s.]. L'ANOVA ne révèle pas d'interaction significative « condition x temps » [$F(1, 32) = 0.27, p = .60$ n.s.]. Le test post-hoc montre que les participants rapportent des scores plus faibles en T2 [$t(32) = 5.01, p < .001$].

❖ LOT-R : L'optimisme

Pour l'optimisme, l'ANOVA ne révèle pas d'effets principaux significatifs du temps [$F(1, 32) = 2.26, p = .14$ n.s.] et de la condition [$F(1, 32) = 0.01, p = .92$ n.s.]. L'ANOVA ne révèle pas d'interaction significative « condition x temps » [$F(1, 32) = 0.59, p = .45$ n.s.].

❖ PANAS : Les affects positifs et négatifs

➤ Affects Positifs

Pour les affects positifs, l'ANOVA révèle un effet principal significatif du temps [$F(1, 32) = 5.81, p = .02, \eta^2_p = .15$]. L'ANOVA ne révèle pas d'effet principal significatif de la condition [$F(1, 32) = 0.22, p = .64$ n.s.]. L'ANOVA ne révèle pas d'interaction significative « condition x temps » [$F(1, 32) = 0.33, p = .57$ n.s.]. Le test post-hoc montre que les participants rapportent des scores plus élevés en T2 [$t(32) = -2.41, p = .02$].

➤ Affects Négatifs

Pour les affects négatifs, l'ANOVA ne révèle pas d'effets principaux significatifs du temps [$F(1, 32) = 1.17, p = .29$ n.s.] et de la condition [$F(1, 32) = 1.16, p = .29$ n.s.]. L'ANOVA ne révèle pas d'interaction significative « condition x temps » [$F(1, 32) = 3.18, p = .08$ n.s.].

❖ SBI : Anhédonie

➤ Anticipation

Pour l'anticipation, l'ANOVA ne révèle pas d'effets principaux significatifs du temps [$F(1, 32) = 0.79, p = .38$ n.s.] et de la condition [$F(1, 32) = 0.8, p = .38$ n.s.]. L'ANOVA ne révèle pas d'interaction significative « condition x temps » [$F(1, 32) = 0.71, p = .41$ n.s.].

➤ Savourer moment

Pour le fait de savourer le moment, l'ANOVA ne révèle pas d'effets principaux significatifs du temps [$F(1, 32) = 0.65, p = .43$ n.s.] et de la condition [$F(1, 32) = 0.29, p = .59$ n.s.]. L'ANOVA ne révèle pas d'interaction significative « condition x temps » [$F(1, 32) = 0.35, p = .56$ n.s.].

➤ Réminiscence

Pour la réminiscence, l'ANOVA ne révèle pas d'effets principaux significatifs du temps [$F(1, 32) = 0.06, p = .8$ n.s.] et de la condition [$F(1, 32) = 4.21e^{-4}, p = .98$ n.s.]. L'ANOVA ne révèle pas d'interaction significative « condition x temps » [$F(1, 32) = 0.22, p = .64$ n.s.].

➤ Total

Pour l'anhédonie, l'ANOVA ne révèle pas d'effets principaux significatifs du temps [$F(1, 32) = 2.96e^{-4}, p = .99$ n.s.] et de la condition [$F(1, 32) = 0.31, p = .58$ n.s.]. L'ANOVA ne révèle pas d'interaction significative « condition x temps » [$F(1, 32) = 0.11, p = .75$ n.s.].

❖ WEMWBS : Le bien-être psychologique

Pour le bien-être subjectif, l'ANOVA révèle un effet principal significatif du temps [$F(1, 32) = 7.93, p = .008, \eta^2_p = 0.20$]. L'ANOVA ne révèle pas d'effet principal significatif de la condition [$F(1, 32) = 0.77, p = .39$ n.s.]. L'ANOVA ne révèle pas d'interaction significative « condition x temps » [$F(1, 32) = 0.57, p = .46$ n.s.]. Le test post-hoc montre que les participants rapportent des scores plus élevés en T2 [$t(32) = -2.82, p = .008$].

❖ PSI-O : La vivacité des images mentales

Pour la vivacité d'images mentales, l'ANOVA révèle un effet principal significatif de la condition [$F(1, 32) = 9.63, p = .004, \eta^2_p = 0.23$]. L'ANOVA ne révèle pas d'effet principal significatif du temps [$F(1, 32) = 0.35, p = .55$ n.s.]. L'ANOVA ne révèle pas d'interaction significative « condition x temps » [$F(1, 32) = 1.16e^{-4}, p = .99$ n.s.]. Le test post-hoc a montré que les participants du groupe BPS ont rapporté des scores plus élevés que le groupe contrôle [$t(32) = 3.10, p = .004$].

2.2.2. Analyses de l'échantillon réduit en fonction du temps et de la condition

Pour analyser l'échantillon réduit, des ANOVA à mesures répétées mixtes sur deux facteurs – condition (BPS vs Contrôle) et temps (T1, T2 et T3) – sont effectuées. Comme le facteur temps possède trois modalités, il est nécessaire de vérifier la condition de sphéricité avec le test W de Mauchly. Quand la condition est violée, les corrections de Greenhouse-Geisser ou de Huynh-Feldt sont effectuées. Les résultats attendus sur les échelles pour le groupe BPS, par rapport au groupe contrôle, sont :

- Une plus grande augmentation entre le T1, T2 et le T3 des scores de : BADS (Activation et Total), LOT-R, PANAS (PA), SBI, WEMBWS et PSQI.
- Une plus grande diminution entre le T1, T2 et le T3 des scores de : PANAS (NA), BADS (ruminations, dysfonctionnement professionnel et social) et BDI-II.

❖ BADS-LF : L'activation comportementale

➤ Activation

Le test de Mauchly valide la condition de sphéricité [$W = .88, p = .20$ n.s.]. Pour l'activation, l'ANOVA révèle un effet principal significatif du temps [$F(2, 52) = 3.71, p = .03, \eta^2_p = .12$]. L'ANOVA ne révèle pas d'effet principal significatif de la condition [$F(1, 26) = 0.05, p = .83$ n.s.]. L'ANOVA ne révèle pas d'interaction significative « condition x temps » [$F(2, 52) = 0.68, p = .51$ n.s.]. Le test post-hoc montre que les participants rapportent des scores plus élevés en T3 qu'en T1 [$t(26) = -2.69, p = .03$].

➤ Rumination

Le test de Mauchly valide la condition de sphéricité [$W = .955, p = .56$ n.s.]. Pour la rumination, l'ANOVA révèle un effet principal significatif du temps [$F(2, 52) = 16.29, p < .001, \eta^2_p = 0.38$]. L'ANOVA ne révèle pas d'effet principal significatif de la condition [$F(1, 26) = 0.81, p = .38$ n.s.]. L'ANOVA ne révèle

pas d'interaction significative « condition x temps » [$F(2, 52) = 0.90, p = .41$ n.s.]. Les tests post-hoc montrent que les participants rapportent en T2 [$t(26) = 3.09, p = .01$] et T3 [$t(26) = 6.36, p < .001$] des scores plus faibles qu'en T1.

➤ Dysfonctionnement Professionnel

Le test de Mauchly valide la condition de sphéricité [$W = .98, p = 0.74$ n.s.]. Pour les dysfonctionnements professionnels, l'ANOVA révèle un effet principal significatif du temps [$F(2, 52) = 17.17, p < .001, \eta^2_p = 0.40$]. L'ANOVA ne révèle pas d'effet principal significatif de la condition [$F(1, 26) = 0.04, p = .83$ n.s.]. L'ANOVA ne révèle pas d'interaction significative « condition x temps » [$F(2, 52) = 0.96, p = .39$ n.s.]. Les tests post-hoc montrent que les participants rapportent en T2 [$t(26) = 4.11, p < .001$] et T3 [$t(26) = 5.46, p < .001$] des scores plus faibles qu'en T1.

➤ Dysfonctionnement Social

Le test de Mauchly valide la condition de sphéricité [$W = .87, p = .19$ n.s.]. Pour les dysfonctionnements sociaux, l'ANOVA révèle un effet principal significatif du temps [$F(2, 52) = 3.18, p = .05, \eta^2_p = .11$]. L'ANOVA ne révèle pas d'effet principal significatif de la condition [$F(1, 26) = 0.09, p = .76$ n.s.]. L'ANOVA ne révèle pas d'interaction significative « condition x temps » [$F(2, 52) = 0.77, p = .47$ n.s.]. Le test post-hoc montre que les participants rapportent des scores plus faibles en T3 qu'en T1 [$t(26) = 2.68, p = .03$].

➤ Total

Le test de Mauchly valide la condition de sphéricité [$W = .85, p = .14$ n.s.]. Pour l'activation comportementale, l'ANOVA révèle un effet principal significatif du temps [$F(2, 52) = 13.55, p < .001, \eta^2_p = .34$]. L'ANOVA ne révèle pas d'effet principal significatif de la condition [$F(1, 26) = 0.15, p = .7$ n.s.]. L'ANOVA ne révèle pas d'interaction significative « condition x temps » [$F(2, 52) = 1.06, p = .35$ n.s.]. Les tests post-hoc montrent que les participants rapportent en T2 [$t(26) = -3.01, p = .01$] et T3 [$t(26) = -5.72, p < .001$] des scores plus élevés qu'en T1.

❖ **BDI-II : La symptomatologie dépressive**

Le test de Mauchly valide la condition de sphéricité [$W = .99, p = .86$ n.s.]. Pour la symptomatologie dépressive, l'ANOVA révèle un effet principal significatif du temps [$F(2, 52) = 15.18, p < .001, \eta^2_p = 0.37$]. L'ANOVA ne révèle pas d'effet principal significatif de la condition [$F(1, 26) = 0.33, p = .57$ n.s.]. L'ANOVA ne révèle pas d'interaction significative « condition x temps » [$F(2, 52) = 0.58, p = .57$ n.s.]. Les tests post-hoc montrent que les participants rapportent en T2 [$t(26) = 4.07, p = .001$] et T3 [$t(26) = 5.05, p < .001$] des scores plus faibles qu'en T1.

❖ LOT-R : L'optimisme

Le test de Mauchly valide la condition de sphéricité [$W = .97, p = .73$ n.s.]. Pour l'optimisme, l'ANOVA révèle un effet principal significatif du temps [$F(2, 52) = 5.81, p = .005, \eta^2_p = .18$]. L'ANOVA ne révèle pas d'effet principal significatif de la condition [$F(1, 26) = 5.25e^{-4}, p = .98$ n.s.]. L'ANOVA ne révèle pas d'interaction significative « condition x temps » [$F(2, 52) = 0.46, p = .63$ n.s.]. Le test post-hoc montre que les participants rapportent des scores plus élevés en T3 qu'en T1 [$t(26) = -3.21, p = .01$].

❖ PANAS : Les affects positifs et négatifs

➤ Affects Positifs

Le test de Mauchly valide la condition de sphéricité [$W = .97, p = .65$ n.s.]. Pour les affects positifs, l'ANOVA ne révèle pas d'effets principaux significatifs du temps [$F(2, 52) = 2, p = .15$ n.s.] et de la condition [$F(1, 26) = 0.19, p = .67$ n.s.]. L'ANOVA ne révèle pas d'interaction significative « condition x temps » [$F(2, 52) = 0.25, p = .78$ n.s.].

➤ Affects Négatifs

Le test de Mauchly valide la condition de sphéricité [$W = .97, p = .73$ n.s.]. Pour les affects négatifs, l'ANOVA révèle un effet principal significatif du temps [$F(2, 52) = 6.28, p = .004, \eta^2_p = .19$]. L'ANOVA ne révèle pas d'effet principal significatif de la condition [$F(1, 26) = 1.08, p = .31$ n.s.]. L'ANOVA révèle une interaction significative « condition x temps » [$F(2, 52) = 3.9, p = .03, \eta^2_p = .13$]. Pour le temps, les tests post-hoc montrent que les participants rapportent des scores plus faibles en T3 qu'en T1 [$t(26) = 3.20, p = .01$] et T2 [$t(26) = 3.35, p = .007$]. L'interaction significative montre qu'il existe des différences entre le T1 et le T3 pour le groupe contrôle [$t(26) = 3.54, p = .02$] ainsi qu'entre le T2 et le T3 [$t(26) = 3.25, p = .03$] pour le groupe BPS.

❖ SBI : Anhédonie

➤ Anticipation

Le test de Mauchly valide la condition de sphéricité [$W = .99, p = .84$ n.s.]. Pour l'anticipation, l'ANOVA ne révèle pas d'effets principaux significatifs du temps [$F(2, 52) = 0.56, p = .57$ n.s.] et de la condition [$F(1, 26) = 0.05, p = .82$ n.s.]. L'ANOVA ne révèle pas d'interaction significative « condition x temps » [$F(2, 52) = 0.13, p = .88$ n.s.].

➤ Savourer moment

Le test de Mauchly valide la condition de sphéricité [$W = .96, p = .58$ n.s.]. Pour le fait de savourer le moment, l'ANOVA ne révèle pas d'effets principaux significatifs du temps [$F(2, 52) = 0.46, p = .64$ n.s.] et de la condition [$F(1, 26) = 0.40, p = .53$ n.s.]. L'ANOVA ne révèle pas d'interaction significative « condition x temps » [$F(2, 52) = 0.22, p = .80$ n.s.].

➤ Réminiscence

Le test de Mauchly rejette la condition de sphéricité [$W = .58, p = .001$]. Comme $\varepsilon = .73 (< .75)$, la correction de Huynh-Feldt est effectuée. Pour la réminiscence, l'ANOVA ne révèle pas d'effets principaux significatifs du temps [$F(1.47, 38.12) = 0.43, p = .59$ n.s.] et de la condition [$F(1, 26) = 0.32, p = .57$ n.s.]. L'ANOVA ne révèle pas d'interaction significative « condition x temps » [$F(1.47, 38.12) = 0.56, p = .52$ n.s.].

➤ Total

Le test de Mauchly rejette la condition de sphéricité [$W = .75, p = .03$]. Comme $\varepsilon = .80 (> .75)$, la correction de Greenhouse-Geisser est effectuée. Pour l'anhédonie, l'ANOVA ne révèle pas d'effets principaux significatifs du temps [$F(1.60, 41.68) = 0.01, p = .99$ n.s.] et de la condition [$F(1, 26) = .29, p = .59$ n.s.]. L'ANOVA ne révèle pas d'interaction significative « condition x temps » [$F(1.60, 41.68) = 0.03, p = .95$ n.s.].

❖ **WEMWBS : Le bien-être psychologique**

Le test de Mauchly valide la condition de sphéricité [$W = .97, p = .71$ n.s.]. Pour le bien-être subjectif, l'ANOVA ne révèle pas d'effets principaux significatifs du temps [$F(2, 52) = 3.14, p = .05$ n.s.] et de la condition [$F(1, 26) = 0.42, p = .52$ n.s.]. L'ANOVA ne révèle pas d'interaction significative « condition x temps » [$F(2, 52) = 0.31, p = .73$ n.s.].

❖ **PSI-O : La vivacité des images mentales**

Le test de Mauchly rejette la condition de sphéricité [$W = 0.53, p < .001$]. Comme $\varepsilon = .71 (< .75)$, la correction de Huynh-Feldt est effectuée. Pour la vivacité d'images mentales, l'ANOVA révèle un effet principal significatif de la condition [$F(1, 26) = 9.83, p = .004, \eta^2_p = .27$]. L'ANOVA ne révèle pas d'effet principal significatif du temps [$F(1.42, 36.80) = 3.5, p = .06$ n.s.]. L'ANOVA ne révèle pas d'interaction significative « condition x temps » [$F(1.42, 36.80) = 1.96, p = .17$ n.s.]. Le test post-hoc montre que les participants du groupe BPS rapportent des scores plus élevés que le groupe contrôle [$t(26) = 3.13, p = .004$].

Chapitre VII : Discussion

Ce chapitre a pour vocation de discuter les résultats obtenus et d'explorer leurs implications, en apportant des pistes pour les recherches futures.

1. Rappels des objectifs de l'étude, méthodologie et hypothèses

La présente étude avait pour objectif principal d'évaluer l'efficacité d'une intervention thérapeutique combinant un exercice de psychologie positive, appelé Best-Possible-Self, avec l'imagerie mentale et la planification d'activités. En l'occurrence, elle cherchait à tester les hypothèses selon lesquelles, l'exercice d'imagerie du BPS permettrait un engagement accru dans des activités ainsi qu'une augmentation de l'optimisme, des affects positifs et du bien-être psychologique afin de diminuer l'anhédonie et, par conséquent, la symptomatologie dépressive. Pour ce faire, le groupe expérimental (BPS) a été comparé à un groupe contrôle qui recevait également une intervention thérapeutique (planification d'activités) mais ne réalisait pas d'imagerie mentale. À l'heure actuelle, il semblerait que la littérature scientifique ne recense pas d'étude testant l'effet de l'imagerie du BPS sur l'engagement dans des activités tournées vers un but.

Le BPS est un exercice consistant à imaginer un futur idéal, où tout s'est déroulé pour le mieux (King, 2001). La littérature montre qu'il s'avère particulièrement efficace pour augmenter l'optimisme, le bien-être psychologique et les affects positifs (Carrillo, Rubio-Aparicio, et al., 2019; Heekerens & Eid, 2021; King, 2001; Sheldon & Lyubomirsky, 2006). De plus, il permettrait de préciser les objectifs par un travail sur les valeurs (Altintas et al., 2020). Le BPS propose également une diversité de mises en application, pouvant être administré en ligne ou en présentiel ainsi que sous diverses formes : dactylographie, écriture, picturale ou verbale (Loveday et al., 2018). L'imagerie mentale, quant à elle, permet à l'individu de se projeter et de pré-expérimenter des événements futurs (Moulton & Kosslyn, 2009). Des études montrent qu'elle accentue les émotions positives et négatives (Ceschi & Pictet, 2018; Holmes et al., 2006; Holmes & Mathews, 2005; Pearson & Kosslyn, 2015) ainsi que l'engagement dans des activités tournées vers un but (Heise et al., 2022; Renner et al., 2019, 2021). Pour finir, l'intervention mise en place dans ce mémoire prend appui sur les principes actifs de l'activation comportementale, qui vise à diminuer les évitements cognitifs et comportementaux en augmentant l'exposition à des renforcements positifs (récompenses) par le biais de l'engagement dans des activités (Blairy et al., 2020; Dondé et al., 2018).

La présente étude se base sur la méthodologie mise en place par Meevissen et al. (2011) qui comparait une intervention d'imagerie mentale du BPS à une condition d'imagerie contrôle. Il est à noter qu'ici, le groupe contrôle ne pratiquait pas d'imagerie mentale. Les participants du groupe BPS devaient écrire pendant 15 min sur différents domaines de vie (personnel, relationnel, professionnel, bénévolat et loisir) avant de réaliser un exercice d'imagerie de 5 min mettant en application leurs attentes futures. Ils ont dû reproduire les 5 min d'exercice d'imagerie à domicile pendant les deux semaines. Les deux groupes planifiaient des activités (agréables et désagréables/importantes) à réaliser durant les deux semaines d'interventions. Ils étaient ensuite

comparés via différents questionnaires (BADS-LF, BDI-II, LOT-R, PANAS, SBI, WEMWBS, PSI-Q) et variables (motivation, réjouissance, plaisir anticipé, satisfaction anticipée, effort anticipé, difficulté à trouver du temps, importance, évitement, effort, satisfaction, gratification, humeur et temps). Les questionnaires ont été mesurés en trois temps : avant, après intervention et un mois après. Les variables ont été évaluées avant et après l'intervention, sauf certaines – effort, satisfaction, gratification, humeur et temps - qui ont été évaluées seulement après chaque activité.

2. *Rappels et interprétations des résultats*

Dans l'ensemble, les résultats obtenus ne valident pas les différentes hypothèses. Dans la suite de cette partie, chaque hypothèse est abordée pour confronter les résultats obtenus dans l'étude et ceux recensés dans la littérature actuelle.

Dans cette étude, l'hypothèse principale était que l'intervention imagerie du BPS permettrait une augmentation de l'engagement dans des activités et une diminution de la symptomatologie dépressive. Il était attendu qu'à l'issue de celle-ci, le groupe BPS présenterait des scores significativement plus faibles de dépression et aurait réalisé plus d'activités que le groupe contrôle. Or, les résultats ne permettent pas de valider entièrement cette hypothèse. En effet, il apparaît que même si le groupe BPS a réalisé plus d'activités que le groupe contrôle, cette différence n'était pas statistiquement significative. De plus, les deux groupes ont connu des diminutions de leur score de dépression après l'intervention qui se sont maintenues un mois après. Ceci trouve écho dans les résultats obtenus précédemment (Auyeung & Mo, 2019; Carrillo, Rubio-Aparicio, et al., 2019) qui montrent que l'imagerie du BPS permet une réduction de la symptomatologie dépressive. Cependant, d'autres études montrent que l'engagement dans des activités permet également une diminution de la symptomatologie dépressive (Dondé et al., 2018; Renner et al., 2017; Wagener & Blairy, 2014). Notre méthodologie mettant en place un protocole se basant sur l'activation comportementale, il est difficile de savoir si les résultats obtenus sur la symptomatologie dépressive sont dus au BPS seul ou à sa combinaison avec l'engagement dans les activités. Toutefois, le groupe contrôle ayant obtenu aussi des réductions de symptomatologie, il apparaît plus probable que l'effet de l'intervention soit principalement dû à sa variante engagement dans des activités plutôt qu'au BPS. En outre, les résultats montrent que l'intervention a permis une augmentation de l'activation comportementale avec un effet du temps sur les différentes sous-échelles de la BADS. En effet, les participants des deux groupes présentaient une meilleure activation associée à une diminution des ruminations ainsi que des dysfonctionnements professionnels et sociaux. Dès lors, nos résultats confirment ceux de la littérature qui montre bien l'intérêt d'augmenter l'engagement dans des activités pour réduire la symptomatologie dépressive (Blairy et al., 2020; Renner et al., 2019). Cependant, il semblerait que l'activation comportementale n'est pas efficace pour toutes les personnes déprimées. En effet, Wagener et al. (2017) ont recensé six profils dus à l'hétérogénéité de la dépression qui ne seraient pas tous réceptifs à l'activation comportementale (Wagener et al., 2016). Dans notre étude, les profils des participants n'ont pas

été analysés avant l'intervention. Ils ne faut donc pas exclure la possibilité que certains participants présentent des profils de dépression non réceptifs à l'activation comportementale, ce qui pourrait expliquer qu'il n'y ait pas eu de différence entre le groupe contrôle et le groupe BPS.

Pour rappel, la dépression est caractérisée par différents symptômes, dont l'anhédonie qui peut avoir un effet modérateur sur la motivation (Blairy et al., 2020; Grahek et al., 2019; Renner et al., 2021). Une autre de nos hypothèses était qu'une réduction de l'anhédonie permettrait une augmentation de la motivation à s'engager dans des activités. Or, les résultats de la SBI, évaluant l'anhédonie, n'ont pas révélé de différences entre les deux groupes. De même, ils n'ont pas montré de différences au niveau des scores des variables destinées à évaluer l'anhédonie – plaisir anticipé, satisfaction anticipée, réjouissance – et la motivation. Ainsi, la condition (BPS ou Contrôle) ne semble pas avoir influencé les scores des participants. Il en va de même pour le facteur temps, hormis pour la satisfaction anticipée. En effet, l'intervention aurait permis pour les deux groupes une augmentation de cette dernière qui pourrait être due à une forme d'apprentissage liée aux récompenses prodiguées par l'engagement dans les activités. Renner et al. (2021) avaient montré que l'engagement dans des activités pourrait permettre cette anticipation des récompenses et qu'un effet boule de neige permettrait un engagement accru. Cependant, les résultats obtenus sur l'échelle d'anhédonie sont en contradiction avec ceux obtenus par Blackwell et al. (2015). En effet, ces auteurs avaient montré que l'imagerie mentale couplée à un protocole d'activation comportementale avait accru les scores d'anhédonie chez les participants en réduisant les images mentales négatives. L'une des explications possibles à cette différence de résultats pourrait être que l'étude de Blackwell et al. (2015) comportait un échantillon de 150 participants, ce qui est largement supérieur à notre échantillon de 34 participants. De plus, les expérimentateurs administraient un protocole d'activation comportementale complet (CBM) alors que dans notre étude, il n'y avait qu'une partie du protocole avec quatre activités planifiées. Nos hypothèses se basaient sur les postulats que l'engagement dans des activités tournées vers un but permettrait d'accroître la satisfaction, le plaisir et la gratification chez les personnes dépressives (Blairy et al., 2020; Dondé et al., 2018). Toutefois, il apparaît que l'intervention n'a pas eu d'effet sur ces différentes variables au niveau du temps chez les deux groupes. Cependant, bien qu'il n'y ait pas eu d'influence de la condition sur l'humeur, le plaisir et la satisfaction après réalisation de l'activité, nos résultats montrent que le groupe BPS a obtenu des scores de gratification plus élevés que le groupe contrôle. Ceci montrerait que l'engagement dans des activités n'aurait pas autant d'effets seule (groupe contrôle) que quand elle est couplée à l'exercice du BPS.

Dès lors, une hypothèse secondaire était que la nature (agréable vs importante/désagréable) pourrait être un médiateur sur les différentes variables évaluées au niveau des activités. Cette hypothèse était de nature exploratoire et il n'y avait pas vraiment de résultats particuliers attendus. Les différentes ANOVAs ont montré qu'il existe une influence de la nature de l'activité sur la plupart des variables à l'exception de l'importance, de la difficulté à trouver du temps, de la satisfaction et de la gratification. De la sorte, il semblerait que les

activités agréables, par rapport aux importantes, sont perçues par les deux groupes comme plus motivantes et réjouissantes, avec plus de plaisir et de satisfaction anticipés. De manière générale, les participants rapportent moins les éviter et perçoivent moins d'effort à effectuer ce type d'activités. De plus, après la réalisation, les activités agréables amèneraient une meilleure humeur et plus de plaisir, ce qui pourrait être dû au fait qu'elles ont été perçues comme plus faciles à réaliser. Cependant, il n'apparaît pas de différence au niveau de l'importance accordée à chaque type d'activité ainsi que pour la difficulté à trouver du temps pour les réaliser. De plus, il n'y a pas de différence au niveau de l'induction de satisfaction et de gratification. Pourtant, selon Seligman et al. (2005), les activités importantes tournées vers un but apporteraient plus de bien-être de par la satisfaction et la gratification qu'elles généreraient. Ainsi, nos résultats ne vont pas dans ce sens et montreraient qu'il y aurait plus d'intérêt à réaliser des activités plaisantes de par leurs bénéfices supplémentaires (plaisir et humeur) et leur facilité de réalisation. Le groupe contrôle a réalisé 28 activités désagréables et 24 agréables alors que le groupe BPS a réalisé autant d'agréables que de désagréables. La tendance du groupe contrôle corrobore ce que Renner et al. (2014) avaient observé, à savoir que les participants de leur étude avaient réalisé plus d'activités désagréables/importantes que d'agréables. Cette tendance semble ne pas être présente dans le groupe BPS qui a pourtant réalisé plus d'activités. D'un côté, il aurait été plus logique que les participants du groupe contrôle réalisent plus d'activités agréables de par leur facilité. Pour rappel, l'objectif était d'augmenter avec le BPS l'engagement dans des activités et principalement celle tournées vers un but comme les activités importantes. Cependant, la variable « importance » montrait que peu importe le temps ou la condition, les deux groupes évaluaient l'importance des activités agréables et désagréables/importantes avec le même degré. Une explication pourrait être que les activités agréables choisies par les participants étaient plus que juste agréables à leurs yeux (porteuses de sens). Il serait intéressant d'explorer plus en détail cette notion d'importance dans les activités choisies en proposant par exemple de choisir des activités agréables mais pas importantes à comparer avec des activités agréables et importantes. Ainsi, une exploration plus approfondie de différentes catégories d'activités pourrait permettre de savoir quel type d'activité un individu devrait privilégier pour réduire sa symptomatologie dépressive.

La dernière hypothèse soulevée dans ce mémoire serait que l'imagerie du BPS permettrait d'améliorer les attentes envers le futur (optimisme) mais également l'humeur et le bien-être psychologique. Comme vu dans la partie théorique, la littérature fait déjà état de tels effets du BPS. Cependant, les résultats obtenus dans cette étude ne les confirment pas totalement.

Concernant l'optimisme (LOT-R), il semblerait qu'il n'y ait pas eu d'effet significatif de la condition. Ces résultats vont à l'encontre de ceux présents dans la littérature (Heckerens & Eid, 2021; King, 2001; Sheldon & Lyubomirsky, 2006). Cependant, il apparaît un effet du temps pour l'échantillon réduit. Les participants rapportent des scores plus faibles avant l'intervention qu'un mois après. Ainsi, il est possible que

l'intervention ait eu des effets différés dans le temps, qui se sont manifestés chez les deux groupes bien après l'intervention. Dans leur étude, Meevissen et al. (2011) ont évalué l'optimisme avec la même échelle que nous (LOT-R) et ont obtenu des résultats significatifs de l'augmentation des scores durant les deux semaines d'interventions. Ils ont effectué trois mesures différentes : avant, à une semaine et à deux semaines d'interventions. Les participants de leur groupe BPS ont connu une augmentation de 2 points (21,8 à 23,8) alors que ceux du groupe contrôle sont restés quasiment au même score. Le score total de la LOT-R est de 40 ce qui montre que les participants de l'étude Meevissen et al. semblent ni trop optimistes, ni trop pessimistes. De notre côté, les deux groupes présentaient des moyennes en T1 deux fois plus basses avec 11 pour le groupe contrôle et 10,30 pour le groupe BPS. Il semblerait que notre échantillon soit plus pessimiste que celui de Meevissen et al., ce qui pourrait expliquer les différences de résultats. Lors de l'entretien après intervention, des participants nous ont rapporté que le BPS n'était pas toujours évident à réaliser, de par les émotions négatives qu'il pouvait engendrer (tristesse, déception, culpabilité). En effet, il semblerait que ce futur idéal soit parfois inatteignable pour les participants, qui n'y croient pas vraiment. Ceci pourrait expliquer que leur optimisme n'ait pas augmenté au cours de l'intervention. Dès lors, il est possible qu'il ne soit pas aisé de travailler l'optimisme avec des personnes de nature très pessimiste et qu'une intervention de deux semaines ne soit pas suffisante.

Au niveau de l'humeur, les résultats mettent en évidence des effets ambivalents entre l'échantillon total et le réduit. En effet, pour les affects positifs (PANAS PA), l'échantillon total obtenait un effet significatif du temps, mais pas de la condition. Les participants des deux groupes ressentaient plus d'émotions positives après l'intervention des deux semaines. Cependant, cet effet s'est perdu dans l'échantillon réduit, ne montrant pas d'amélioration significative des affects positifs après l'intervention et un mois après. Pour les affects négatifs (PANAS NA), les résultats ne montrent aucun effet significatif, que ce soit du temps ou de la condition. Par contre, l'échantillon réduit présente une diminution des affects négatifs après l'intervention (groupe contrôle) et après un mois (groupe BPS). De plus, il semblerait que le BPS aurait légèrement fait augmenter les affects négatifs juste après l'intervention, bien que non significatif. Une participante nous a rapporté sortir de l'exercice d'imagerie BPS avec les larmes aux yeux et encore plus triste qu'avant. Pour elle, il était difficile de voir un futur idéal avec des relations familiales apaisées, qui était tellement loin de la réalité actuelle. Elle rapportait des sentiments de tristesse, de colère et de désespoir face à la situation. La littérature montre que le BPS permet d'augmenter les affects positifs et de diminuer les affects négatifs (Carrillo, Rubio-Aparicio, et al., 2019; King, 2001; Sheldon & Lyubomirsky, 2006) même si selon Renner et al. (2014), il augmenterait plus les affects positifs qu'il ne diminuerait les négatifs. Comme l'imagerie mentale permettrait de ressentir les mêmes affects (Pearson et al., 2015), il serait logique de s'attendre à ce qu'un avenir idéal produise des affects positifs. Or, l'imagerie peut également générer des affects négatifs et de l'anxiété (Holmes & Mathews, 2005). Ainsi, il semblerait que l'imagerie du BPS pourrait également, en fonction du contexte de la personne, produire des affects négatifs en risquant d'augmenter la symptomatologie dépressive.

Au niveau du bien-être psychologique, les résultats ont montré un effet significatif du facteur temps sur l'échelle de la WEMWBS. Toutefois, cet effet ne semble pas se maintenir dans le temps. De plus, il n'apparaît pas d'effet de la condition. Ces résultats confirment que l'engagement dans des activités augmenterait le bien-être, cependant, ils ne confirment pas des résultats précédents montrant que le BPS permettrait un accroissement de ce bien-être (Odou & Vella-Brodrick, 2013). Dans cette étude, il y avait 210 participants et donc nos résultats non concluants seraient dus à notre échantillon de petite taille.

Bien que n'étant pas reliée directement à une hypothèse, nous avons évalué la capacité d'imagerie mentale chez les participants aux trois temps. Ces mesures ont montré que le groupe BPS présentait une capacité d'imagerie mentale significativement supérieure à celle du groupe contrôle aux trois temps. Ainsi, il est probable que le groupe BPS produisait plus facilement des images vivaces et claires que le groupe contrôle. De plus, bien que non significatif, l'ANOVA et les tests post-hoc pour le temps montrent qu'il est possible que la vivacité d'imagerie mentale du groupe BPS ait augmenté entre le T1 et le T3. Ce qui pourrait suggérer une amélioration de celle-ci par la pratique de l'exercice.

3. Implications et perspectives

Bien que n'ayant pas obtenu de résultat significatif, cette intervention a permis à la plupart des participants d'entamer un travail individuel et de se rendre compte de leur position sur les différentes échelles. Ainsi, certains ont envisagé d'entamer un suivi thérapeutique à la suite de leur participation. De plus, l'intervention a permis de réduire la symptomatologie dépressive chez la plupart des participants des deux groupes, confirmant à nouveau l'intérêt de promouvoir l'engagement dans des activités pour réduire la symptomatologie dépressive. Ainsi, les participants ont trouvé que l'intervention était agréable, facile et qu'elle ne demandait pas beaucoup de temps ni d'effort, les incitant à envisager de la reproduire de leur côté.

Tout d'abord, concernant l'exercice du BPS, il apparaît que sa mise en application ait permis aux participants de clarifier leurs objectifs, comme l'avait montré d'autres études (Altintas et al., 2020; Auyeung & Mo, 2019). Il serait intéressant de se pencher sur une utilisation du contenu de l'exercice afin d'accentuer les effets du BPS. Comme l'avaient précisé certains auteurs, la poursuite du bonheur peut parfois envoyer un message rempli d'injonctions pouvant être délétères pour les individus (Cabanais & Illouz, 2018; Cederström & Spicer, 2016). Ils ajoutent que les recommandations peuvent parfois être à l'opposé de ce qui favoriserait un réel bien-être individuel. Ainsi, s'intéresser au contenu de l'exercice réalisé par les participants en les amenant à le préciser et à se connecter à leurs réelles valeurs ou aspirations pourrait permettre de faire en sorte que le BPS soit plus réaliste et attractif.

Ensuite, un participant nous a rapporté que le BPS l'avait aidé à traverser un imprévu (hospitalisation de son épouse) en lui permettant de garder espoir, vu que l'exercice proposé dans notre étude consistait à écrire sur différents domaines et à imaginer un futur idéal. Dés lors, qu'en serait-il de l'utiliser comme un

entraînement en prévision des moments difficiles ? Par exemple, l'étudiant qui a rendu son mémoire pourrait se projeter dans sa défense afin d'anticiper les questions et possibles difficultés, mais aussi sa réussite. Il serait intéressant d'explorer les liens qui peuvent exister entre le BPS et l'éventuelle amélioration de l'estime de soi ainsi que l'influence que cela aurait sur la résolution de problème.

Cette intervention a permis de mettre en évidence, grâce aux retours des participants, que le BPS n'était pas toujours évident à réaliser, étant donné les émotions négatives qu'il peut générer. De la même manière que l'activation comportementale n'est pas efficace avec toutes les personnes dépressives (Wagener et al., 2016), il serait intéressant d'explorer si le BPS est plus efficace chez certains profils de personnes. Ainsi, il serait plus aisé pour les thérapeutes de mettre en place cet exercice en s'assurant qu'il ait moins de chance d'être délétère en fonction du profil de son patient. Hansenne (2021) conseille d'ailleurs de se baser sur les traits de personnalité, car ceux-ci influenceraient la manière dont la personne va se projeter dans le futur.

Dans une étude longitudinale s'étalant sur trois générations, Seligman a montré que l'un des facteurs principaux du bonheur serait les relations authentiques (Adler & Kessous, 2020; Chénard-Poirier & Vallerand, 2021; Martin-Krumm, 2021). Ainsi, la connectivité sociale permettrait aux personnes d'être plus heureuses de manière générale. Cependant, dans notre étude, l'intervention a montré qu'une personne avait éprouvé des difficultés avec cette composante relationnelle du BPS. Celles-ci étaient dues au fait qu'elle ne pense pas avoir de contrôle sur la situation. Toutefois, elle nous a rapporté à la fin de l'intervention que c'était un peu plus facile de réaliser l'exercice et qu'elle avait l'impression de prendre un peu de recul par rapport à sa tristesse. Une étude menée par Dennis et al. (2022) pendant la pandémie Covid-19, a montré que le BPS avait permis une augmentation du bien-être en accroissant le sentiment d'appartenance. Si le secret du bien-être serait d'expérimenter des relations authentiques, le BPS pourrait permettre de se focaliser sur ce qui fait qu'une relation se définit comme telle. Il pourrait aussi permettre de les percevoir autrement et ainsi d'augmenter le sentiment d'appartenance. Avant d'entretenir des relations avec autrui, l'être humain en entretient une première avec lui-même. Pour rappel, dans la dépression, l'image de soi semble fragile. Ainsi, le BPS pourrait aussi permettre de travailler sur la relation à soi-même.

4. Limites de l'étude

L'étude réalisée dans ce mémoire comporte plusieurs limites qu'il nous semble important de préciser afin de nuancer les résultats obtenus. Celles-ci sont à la fois liées à la méthode et au matériel employé.

Premièrement, il est important de préciser que les présents résultats sont sujets à un biais d'échantillonnage et sont donc à prendre avec précaution. En effet, l'échantillon recueilli est de 34 participants. Or, selon le logiciel de puissance statistique G*Power 3 (Faul et al., 2007), qui permet de prédire l'échantillon nécessaire à une étude en fonction de différents facteurs, l'étude effectuée dans ce mémoire aurait dû comporter environ 132 participants pour réduire les éventuels biais d'échantillonnage. Ce nombre n'ayant pas pu être respecté, il est important de regarder les résultats et interprétations dans le prisme de ce biais. En effet,

un échantillon trop petit peut s'avérer peu représentatif de la population générale, faisant en sorte que les résultats obtenus ne peuvent s'y transposer .

Lors de cette étude, les participants devaient reproduire l'exercice du BPS pendant deux semaines à domicile. Même si nous avons recueilli des informations quant à la réalisation de celui-ci via le carnet d'activité, il peut s'avérer compliqué de vérifier qu'il a réellement été pratiqué. Cependant, cette limite est à nuancer car selon Carrillo, Martínez-Sanchis, et al. (2019), le fait de réaliser le BPS une seule fois serait déjà efficace pour en voir les effets. D'ailleurs, il semblerait que pratiquer l'exercice à répétition le rendrait moins efficace de par son côté redondant et prévisible. Un autre élément du dispositif soulevé par les participants concerne les audios employés pour les exercices à domicile. En effet, ils déploraient le fait que la voix sur l'enregistrement n'était pas la même que celle de l'expérimentateur qu'ils avaient eu et qu'il était plus difficile de suivre l'exercice avec cette voix. De plus, la qualité de l'enregistrement le rendait parfois exaspérant et rédhibitoire. Il semblerait également que le texte employé pour l'exercice d'imagerie comportait quelques phrases ambiguës, qui pouvaient perturber son déroulement.

Concernant l'intervention en soi, les participants rapportent que la quantité d'exercices et d'activités à réaliser ainsi que les différents rendez-vous pouvaient s'avérer contraignants et que cela aurait influencé leur motivation. Il n'était pas toujours évident pour eux de trouver du temps pour réaliser l'exercice d'imagerie mentale dans leur vie quotidienne, éprouvant dès lors une forme de découragement.

L'étude comporte des biais au niveau des questionnaires employés. Certaines personnes rapportaient se souvenir des réponses qu'elles avaient données deux semaines avant. Ce phénomène peut s'observer dans le cas d'échelles auto-rapportées comme un genre d'apprentissage qui va influencer les réponses à chaque nouvelle passation. De plus, ce type de questionnaires demande d'avoir une certaine capacité d'auto-observation. Dans certains cas, les individus peuvent avoir une perception limitée de leur trouble et ne pas rapporter la réalité. Certains participants nous ont fait remarquer que les questions les avaient fait réfléchir sur leur réelle situation. Pour finir, les questionnaires sont susceptibles d'être faussés par la présence de l'expérimentateur. Bien que des précautions aient été prises pour éviter ce genre d'influence, il est tout de même possible que les participants répondent selon des normes qu'ils pensent acceptables et ne disent pas totalement la vérité. Ce biais s'appelle la désirabilité sociale et consiste en le fait que l'individu va donner la réponse qu'il pense que l'expérimentateur attend, par pudeur ou convention sociale.

Un dernier point important à soulever concerne le laboratoire de passations. En effet, nous avons essayé de l'isoler le plus possible phonétiquement pour ne pas que les personnes soient dérangées lors de l'exercice d'imagerie. Or, il est arrivé que des bruits environnementaux perturbent les participants lors de l'imagerie mentale, les faisant sortir de leur immersion. Une solution pourrait être d'être dans une salle plus isolée avec moins de stimuli extérieurs.

Conclusion

La dépression est une pathologie devenue une problématique de société en l'espace d'une vingtaine d'années (Giust-Ollivier, 2019). Les thérapies cognitives et comportementales sont nombreuses et diverses pour la prendre en charge, dont certaines s'avèrent plus efficaces que d'autres. C'est le cas de l'activation comportementale (Dondé et al., 2018) et de l'imagerie mentale (Ceschi & Pictet, 2018). Ces deux pratiques thérapeutiques entretiennent des liens étroits et sont souvent utilisées ensemble pour accroître l'engagement dans des activités et réduire la symptomatologie dépressive (Blairy et al., 2020; Renner et al., 2019).

Le 21^{ème} siècle a vu naître la psychologie positive dont l'engouement populaire a progressivement transformé la société actuelle, qui semble accorder une grande importance au bonheur et à sa poursuite à tout prix (Cabanas & Illouz, 2018; Cederström & Spicer, 2016). L'étude réalisée dans le cadre de ce mémoire consistait à tester la fusion d'un exercice issu de ce courant psychothérapeutique, le Best-Possible-Self, avec l'imagerie mentale. Dans l'optique de réduire la symptomatologie dépressive, l'intervention visait à accroître l'engagement dans des activités en augmentant le bien-être, l'optimisme et les affects positifs.

Les résultats ont révélé que le BPS n'a pas augmenté l'optimisme, le bien-être psychologique et l'humeur (affects positif et négatif). De plus, il n'a pas fait de différence sur les scores d'anhédonie et de dépression. Ces résultats ne permettent pas de valider nos hypothèses selon lesquelles, le BPS permettrait d'augmenter l'engagement dans des activités. Cependant, l'intervention a tout de même obtenu des améliorations sur le bien-être, la dépression et l'activation comportementale chez les deux groupes. Bien que la combinaison du BPS et de l'imagerie mentale ne semble pas apporter une plus-value à l'intervention par activation comportementale, il resterait intéressant d'explorer davantage les possibilités de varier les types d'activités, en définissant lesquelles seraient optimales. En l'occurrence, bien que n'ayant pas montré de résultat significatif, notre étude montre des résultats prometteurs de par l'influence du temps sur les scores de questionnaires. Il est probable que les limites liées au petit échantillon et à certaines caractéristiques du BPS aient impacté ses effets sur l'optimisme, le bien-être et la symptomatologie dépressive. De plus amples investigations sur les éventuels effets délétères du BPS via une étude qualitative, par exemple, pour permettre d'en savoir plus et de déceler des limites à cet exercice.

Bibliographie

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49-74. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.87.1.49>
- Adler, B., & Kessous, G. C. (2020). *Le grand livre de la psychologie positive : le guide de référence pour révéler le meilleur de nous-mêmes* (EYROLLES).
- Agren, T. (2023). Physiological and subjective arousal to prospective mental imagery: A mechanism for behavioral change? *PLoS ONE*, 18(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0294629>
- Altintas, E., Karaca, Y., Moustafa, A., & El Haj, M. (2020). Effect of Best Possible Self Intervention on Situational Motivation and Commitment in Academic Context. *Learning and Motivation*, 69. <https://doi.org/10.1016/j.lmot.2019.101599>
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5® - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (Elsevier Masson SAS, Éd.). <https://doi.org/10.1016/C2014-0-04752-1>
- Anderson, R. J., & Evans, G. L. (2015). Mental time travel in dysphoria: Differences in the content and subjective experience of past and future episodes. *Consciousness and Cognition*, 37, 237-248. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2014.05.006>
- Andrade, J., May, J., Deepprose, C., Baugh, S.-J., & Ganis, G. (2014). Assessing vividness of mental imagery: The plymouth sensory imagery questionnaire. *British Journal of Psychology*, 105(4), 547-563. <https://doi.org/10.1111/bjop.12050>
- Auyeung, L., & Mo, P. K. H. (2019). The Efficacy and Mechanism of Online Positive Psychological Intervention (PPI) on Improving Well-Being Among Chinese University Students: A Pilot Study of the Best Possible Self (BPS) Intervention. *Journal of Happiness Studies*, 20(8), 2525-2550. <https://doi.org/10.1007/s10902-018-0054-4>
- Beck, A. T., Rush, J. A., Shaw, B. F., & Emery, G. (1987). *Cognitive Therapy of Depression* (Guilford Publications, Éd.).
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck depression inventory-II*.
- Blackburn, I. M., & Cottraux, J. (2022). *Psychothérapie cognitive de la dépression* (Elsevier Masson, Éd.).
- Blackwell, S. E. (2021). Mental Imagery in the Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy: Past, Present, and Future Perspectives. In *International Journal of Cognitive Therapy* (Vol. 14, Numéro 1, p. 160-181). Springer Science and Business Media Deutschland GmbH. <https://doi.org/10.1007/s41811-021-00102-0>

- Blackwell, S. E., Browning, M., Mathews, A., Pictet, A., Welch, J., Davies, J., Watson, P., Geddes, J. R., & Holmes, E. A. (2015). Positive imagery-based cognitive bias modification as a web-based treatment tool for depressed adults: A randomized controlled trial. *Clinical Psychological Science*, 3(1), 91-111. <https://doi.org/10.1177/2167702614560746>
- Blackwell, S. E., Rius-Ottenheim, N., Schulte-van Maaren, Y. W. M., Carlier, I. V. E., Middelkoop, V. D., Zitman, F. G., Spinhoven, P., Holmes, E. A., & Giltay, E. J. (2013). Optimism and mental imagery: A possible cognitive marker to promote well-being? *Psychiatry Research*, 206, 56-61. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.09.047>
- Blairy, S., Baeyens, C., & Wagener, A. (2020). *L'activation comportementale : traitement des évitements comportementaux et de la rumination mentale* (E. Badiqué, Éd.; Editions Mardaga).
- Boehm, J. K., Lyubomirsky, S., & Sheldon, K. M. (2011). A longitudinal experimental study comparing the effectiveness of happiness-enhancing strategies in Anglo Americans and Asian Americans. *Cognition and Emotion*, 25(7), 1263-1272. <https://doi.org/10.1080/02699931.2010.541227>
- Booth, R. W., Erhan, K., Erkocaoğlu, O., Kuşpınar, H., & Yaldrak, K. (2024). The Best Possible Self Task Has Direct Effects on Expectancies and Mood, and an Indirect Effect on Anxiety Symptom Severity. *Emotion*. <https://doi.org/10.1037/emo0001481>
- Boselie, J. J. L. M., Vancleef, L. M. G., van Hooren, S., & Peters, M. L. (2023). The effectiveness and equivalence of different versions of a brief online Best Possible Self (BPS) manipulation to temporary increase optimism and affect. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 79. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2023.101837>
- Bourque, P., & Beaudette, D. (1982). Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 14(3), 211-218. <https://doi.org/10.1037/h0081254>
- Bryant, F. B. (2003). Savoring Beliefs Inventory (SBI): A scale for measuring beliefs about savouring. *Journal of Mental Health*, 12(2), 175-196. <https://doi.org/10.1080/0963823031000103489>
- Burns, D., Westra, H., Trockel, M., & Fisher, A. (2013). Motivation and changes in depression. *Cognitive Therapy and Research*, 37(2), 368-379. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9458-3>
- Cabanas, E., & Illouz, E. (2018). *Happycratie : Comment l'industrie du bonheur a pris le contrôle de nos vies* (Premier Parallèle, Éd.).
- Caci, H., & Baylé, F. J. (2007, janvier 25). L'échelle d'affectivité positive et d'affectivité négative. *Congrès de l'Encéphale*.

- Carrillo, A., Martínez-Sanchis, M., Etchemendy, E., & Baños, R. M. (2019). Qualitative analysis of the Best Possible Self intervention: Underlying mechanisms that influence its efficacy. *PLOS ONE*, 14(5), e0216896. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216896>
- Carrillo, A., Rubio-Aparicio, M., Molinari, G., Enrique, Á., Sánchez-Meca, J., & Baños, R. M. (2019). Effects of the Best Possible Self intervention: A systematic review and meta-analysis. In *PLoS ONE* (Vol. 14, Numéro 9). Public Library of Science. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222386>
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2014). Dispositional optimism. *Trends in Cognitive Sciences*, 18(6), 293-299. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2014.02.003>
- Cederström, C., & Spicer, A. (2016). *Le syndrome du bien-être* (L'Echappée, Éd.; 1er éd.).
- Ceschi, G., & Pictet, A. (2018). Imagerie mentale et psychothérapie. In *Imagerie mentale et psychothérapie*. <https://doi.org/10.3917/mard.picte.2018.01>
- Chakhssi, F., Kraiss, J. T., Sommers-Spijkerman, M., & Bohlmeijer, E. T. (2018). The effect of positive psychology interventions on well-being and distress in clinical samples with psychiatric or somatic disorders: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 18. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1739-2>
- Chénard-Poirier, L.-A., & Vallerand, R. J. (2021). Grand manuel de psychologie positive. In *Grand manuel de psychologie positive* (p. 33-47). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.marti.2021.02.0031>
- Coffey, J. K., Wray-Lake, L., Mashek, D., & Branand, B. (2016). A Multi-Study Examination of Well-Being Theory in College and Community Samples. *Journal of Happiness Studies*, 17(1), 187-211. <https://doi.org/10.1007/s10902-014-9590-8>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (N. Hillsdale, Éd.; 2nd ed). Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Cottraux, J. (2020). *Les psychothérapies cognitives et comportementales* (Elsevier Masson, Éd.; 6ième édition).
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior* (Plenum Press).
- Dennis, A., Ogden, J., & Hepper, E. G. (2022). Evaluating the impact of a time orientation intervention on well-being during the COVID-19 lockdown: past, present or future? *The Journal of Positive Psychology*, 17(3), 419-429. <https://doi.org/10.1080/17439760.2020.1858335>
- Dictionnaire de l'Académie française. (1992). *Dépression*. 9ième édition. <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9D1593#:~:text=Emprunt%C3%A9%20du%20latin%20depressio%2C%20%C2%AB%20abaissement,d'une%20surface%2C%20enfouissement>.

- Dondé, C., Moirand, R., & Carre, A. (2018). L'activation comportementale : un outil simple et efficace dans le traitement de la dépression. *Encephale*, 44(1), 59-66. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2017.02.006>
- Ekers, D., Richards, D., & Gilbody, S. (2008). A meta-analysis of randomized trials of behavioural treatment of depression. *Psychological Medicine*, 38(5), 611-623. <https://doi.org/10.1017/S0033291707001614>
- Ekers, D., Webster, L., Van Straten, A., Cuijpers, P., Richards, D., & Gilbody, S. (2014). Behavioural activation for depression; An update of meta-analysis of effectiveness and sub group analysis. *PLoS ONE*, 9(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100100>
- Evans-Lacko, S., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Benjet, C., Bruffaerts, R., Chiu, W. T., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Hu, C., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lund, C., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., ... Thornicroft, G. (2018). Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychological Medicine*, 48(9), 1560-1571. <https://doi.org/10.1017/S0033291717003336>
- Everaert, J., Podina, I. R., & Koster, E. H. W. (2017). A comprehensive meta-analysis of interpretation biases in depression. In *Clinical Psychology Review* (Vol. 58, p. 33-48). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.005>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
- Fenouillet, F. (2012). Les conceptions hédoniques de la motivation. *Pratiques Psychologiques*, 18(2), 121-131. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2012.02.003>
- Fervaha, G., Foussias, G., Takeuchi, H., Agid, O., & Remington, G. (2016). Motivational deficits in major depressive disorder: Cross-sectional and longitudinal relationships with functional impairment and subjective well-being. *Comprehensive Psychiatry*, 66, 31-38. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.12.004>
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218-226. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.218>
- Fredrickson, B. L. (2004). The broaden-and-build theory of positive emotions. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 359(1449), 1367-1377. <https://doi.org/10.1098/rstb.2004.1512>
- Fritz, M. M., & Lyubomirsky, S. (2018). Whither Happiness? When, How, and Why Might Positive Activities Undermine Well-Being. In *The Social Psychology of Living Well* (1er édition). Routledge.

- Gaillard, R., Gourion, D., & Llorca, P. M. (2013). L'anhédonie dans la dépression. *L'Encéphale*, 39(4), 296-305. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2013.07.001>
- Gaudreau, P., Sanchez, X., & Blondin, J. P. (2006). Positive and negative affective states in a performance-related setting testing the factorial structure of the PANAS across two samples of French-Canadian participants. *European Journal of Psychological Assessment*, 22(4), 240-249. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.22.4.240>
- Giust-Ollivier, A.-C. (2019). Dépression et société. In *Dictionnaire de sociologie clinique* (p. 193-195). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.vande.2019.01.0193>
- Golay, P., Thonon, B., Nguyen, A., Fankhauser, C., & Favrod, J. (2018). Confirmatory factor analysis of the French version of the savoring beliefs inventory. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00181>
- Goldberg, D. (1976). Helplessness: On Depression, Development and Death. By Martin E. P. Seligman University of Pennsylvania: W. H. Freeman and Company. 1975. Pp. 250. Reading. Price £4.70 (cloth), £2.40 (paper). *British Journal of Psychiatry*, 128(1), 91-92. <https://doi.org/10.1192/S0007125000042616>
- Goodman, F. R., Disabato, D. J., Kashdan, T. B., & Kauffman, S. B. (2018). Measuring well-being: A comparison of subjective well-being and PERMA. *The Journal of Positive Psychology*, 13(4), 321-332. <https://doi.org/10.1080/17439760.2017.1388434>
- Gotlib, I. H., Krasnoperova, E., Yue, D. N., & Joormann, J. (2004). Attentional Biases for Negative Interpersonal Stimuli in Clinical Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(1), 127-135. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.113.1.121>
- Grahek, I., Shenhav, A., Musslick, S., Krebs, R. M., & Koster, E. H. W. (2019). Motivation and cognitive control in depression. In *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* (Vol. 102, p. 371-381). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.04.011>
- Hackmann, A., Ehlers, A., Speckens, A., & Clark, D. M. (2004). Characteristics and content of intrusive memories in PTSD and their changes with treatment. *Journal of Traumatic Stress*, 17(3), 231-240. <https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000029266.88369.fd>
- Hansenne, M. (2021). *La face cachée de la psychologie positive. Approche critique et perspectives.* (Mardaga).
- Heckerens, J. B., & Eid, M. (2021). Inducing positive affect and positive future expectations using the best-possible-self intervention: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Positive Psychology*, 16(3), 322-347. <https://doi.org/10.1080/17439760.2020.1716052>

- Heckerens, J. B., Eid, M., & Heinitz, K. (2019). Dealing with conflict: Reducing goal ambivalence using the best-possible-self intervention. *The Journal of Positive Psychology*, 15(3), 325-337. <https://doi.org/10.1080/17439760.2019.1610479>
- Heckerens, J. B., & Heinitz, K. (2019). Looking Forward: The Effect of the Best-Possible-Self Intervention on Thriving Through Relative Intrinsic Goal Pursuits. *Journal of Happiness Studies*, 20(5), 1379-1395. <https://doi.org/10.1007/s10902-018-9999-6>
- Heise, M., Werthmann, J., Murphy, F., Tuschen-Caffier, B., & Renner, F. (2022). Imagine How Good That Feels: The Impact of Anticipated Positive Emotions on Motivation for Reward Activities. *Cognitive Therapy and Research*, 46(4), 704-720. <https://doi.org/10.1007/s10608-022-10306-z>
- Hendriks, T., Schotanus-Dijkstra, M., Hassankhan, A., de Jong, J., & Bohlmeijer, E. (2020). The Efficacy of Multi-component Positive Psychology Interventions: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Happiness Studies*, 21(1), 357-390. <https://doi.org/10.1007/s10902-019-00082-1>
- Holmes, E. A., Crane, C., Fennell, M. J. V., & Williams, J. M. G. (2007). Imagery about suicide in depression- "Flash-forwards"? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38(4), 423-434. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2007.10.004>
- Holmes, E. A., Geddes, J. R., Colom, F., & Goodwin, G. M. (2008). Mental imagery as an emotional amplifier: Application to bipolar disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 46(12), 1251-1258. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.09.005>
- Holmes, E. A., Lang, T. J., Moulds, M. L., & Steele, A. M. (2008). Prospective and positive mental imagery deficits in dysphoria. *Behaviour Research and Therapy*, 46(8), 976-981. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.04.009>
- Holmes, E. A., & Mathews, A. (2005). Mental imagery and emotion: A special relationship? *Emotion*, 5(4), 489-497. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.5.4.489>
- Holmes, E. A., & Mathews, A. (2010). Mental imagery in emotion and emotional disorders. In *Clinical Psychology Review* (Vol. 30, Numéro 3, p. 349-362). <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.01.001>
- Holmes, E. A., Mathews, A., Dalgleish, T., & Mackintosh, B. (2006). Positive Interpretation Training: Effects of Mental Imagery Versus Verbal Training on Positive Mood. *Behavior Therapy*, 37(3), 237-247. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.02.002>
- Institut national d'invalidité-maladie (INAMI). (2022a). *Incapacité de travail de longue durée : Combien de burnouts et de dépressions de longue durée ? Quel coût pour l'assurance indemnités ?* <https://www.inami.fgov.be/fr/statistiques/statistiques-indemnites/incapacite-de-travail-de-longue-duree-combien-de-burnouts-et-de-depressions-de-longue-duree-quel-cout-pour-l-assurance-indemnites->

#::~:~:text=36%2C44%20%25%20des%20personnes%20en,de%20travail%20de%20longue%20dur%C3%A9e.

- Institut national d'invalidité-maladie (INAMI). (2022b). *Vos soins psychologiques de 1re ligne ou spécialisés : remboursés via les réseaux de santé mentale*. <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/les-prestations-de-sante-que-vous-rembourse-votre-mutualite/soins-de-sante-mentale/vos-soins-psychologiques-de-1re-ligne-ou-specialises-rembourses-via-les-reseaux-de-sante-mentale>
- Jamovi (Version 2.3). (2024). *The jamovi project*. Computer Software. <https://www.jamovi.org>
- Ji, J. L., Geiles, D., & Saulsman, L. M. (2021). Mental imagery-based episodic simulation amplifies motivation and behavioural engagement in planned reward activities. *Behaviour Research and Therapy*, 145. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103947>
- Kanter, J. W., Mulick, P. S., Busch, A. M., Berlin, K. S., & Martell, C. R. (2007). The Behavioral Activation for Depression Scale (BADs): Psychometric Properties and Factor Structure. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29(3), 191-202. <https://doi.org/10.1007/s10862-006-9038-5>
- Kasch, K. L., Rottenberg, J., Arnow, B. A., & Gotlib, I. H. (2002). Behavioral activation and inhibition systems and the severity and course of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(4), 589-597. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.111.4.589>
- Kashdan, T. B., Biswas-Diener, R., & King, L. A. (2008). Reconsidering happiness: the costs of distinguishing between hedonics and eudaimonia. *The Journal of Positive Psychology*, 3(4), 219-233. <https://doi.org/10.1080/17439760802303044>
- Kennedy, M. A., Stevens, C. J., Pepin, R. C. D. S., & Lyons, K. D. (2024). Behavioral Activation: Values-Aligned Activity Engagement as a Transdiagnostic Intervention for Common Geriatric Conditions. In *Gerontologist* (Vol. 64, Numéro 4). Gerontological Society of America. <https://doi.org/10.1093/geront/gnad046>
- King, L. A. (2001). The Health Benefits of Writing About Life Goals. *PSPB*, 27(7), 798-807.
- Kosslyn, S. M., Ganis, G., & Thompson, W. L. (2001). Neural foundations of imagery. In *Nature Reviews Neuroscience* (Vol. 2, Numéro 9, p. 635-642). <https://doi.org/10.1038/35090055>
- Krings, A., Bortolon, C., Yazbek, H., & Blairy, S. (2021). Psychometric properties and factor structure of the french version of the behavioral activation for depression scale (bads) in non-clinical adults. *Psychologica Belgica*, 61(1), 20-32. <https://doi.org/10.5334/pb.542>

- Krings, A., Wagener, A., Heeren, A., & Blairy, S. (2020). A preliminary investigation of behavioural activation impact on attentional bias for negative and positive emotional information. *Annales Medico-Psychologiques*, 178(5), 460-466. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.12.016>
- Layous, K., Katherine Nelson, S., & Lyubomirsky, S. (2013). What Is the Optimal Way to Deliver a Positive Activity Intervention? The Case of Writing About One's Best Possible Selves. *Journal of Happiness Studies*, 14(2), 635-654. <https://doi.org/10.1007/s10902-012-9346-2>
- LeMoult, J., & Gotlib, I. H. (2019). Depression: A cognitive perspective. *Clinical Psychology Review*, 69, 51-66. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.06.008>
- Lépine, J. P., Godchau, M., Brun, P., & Lempérière, T. (1985). Evaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne. *Annales Medico-Psychologiques*, 143(2), 175-189.
- Lhéréte, H. (2015). La motivation. D'où vient-elle ? Comment motiver autrui ? *Sciences Humaines*, N° 268(3), 20-20. <https://doi.org/10.3917/sh.268.0020>
- Loveday, P. M., Lovell, G. P., & Jones, C. M. (2018). The Best Possible Selves Intervention: A Review of the Literature to Evaluate Efficacy and Guide Future Research. In *Journal of Happiness Studies* (Vol. 19, Numéro 2, p. 607-628). Springer Netherlands. <https://doi.org/10.1007/s10902-016-9824-z>
- Lyubomirsky, S., & Layous, K. (2013). How Do Simple Positive Activities Increase Well-Being? *Current Directions in Psychological Science*, 22(1), 57-62. <https://doi.org/10.1177/0963721412469809>
- Lyubomirsky, S., Sousa, L., & Dickerhoof, R. (2006). The costs and benefits of writing, talking, and thinking about life's triumphs and defeats. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90(4), 692-708. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.90.4.692>
- MacLeod, A. K., & Conway, C. (2005). Well-being and the anticipation of future positive experiences: The role of income, social networks, and planning ability. *Cognition & Emotion*, 19(3), 357-374. <https://doi.org/10.1080/02699930441000247>
- Malouff, J. M., & Schutte, N. S. (2017). Can psychological interventions increase optimism? A meta-analysis. *The Journal of Positive Psychology*, 12(6), 594-604. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1221122>
- Manos, R. C., Kanter, J. W., & Busch, A. M. (2010). A critical review of assessment strategies to measure the behavioral activation model of depression. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 547-561. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.008>
- Martela, F., & Sheldon, K. M. (2019). Clarifying the Concept of Well-Being: Psychological Need Satisfaction as the Common Core Connecting Eudaimonic and Subjective Well-Being. *Review of General Psychology*, 23(4), 458-474. <https://doi.org/10.1177/1089268019880886>
- Martin-Krumm, C. (2021). *Les fondements de la psychologie positive* (Dunod).

- Mathews, A., & MacLeod, C. (2005). Cognitive Vulnerability to Emotional Disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 167-195. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143916>
- Meevissen, Y. M. C., Peters, M. L., & Alberts, H. J. E. M. (2011). Become more optimistic by imagining a best possible self: Effects of a two week intervention. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(3), 371-378. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2011.02.012>
- Monroe, S. M., & Anderson, S. F. (2015). Depression. *Current Directions in Psychological Science*, 24(3), 227-231. <https://doi.org/10.1177/0963721414568342>
- Moulton, S. T., & Kosslyn, S. M. (2009). Imagining predictions: Mental imagery as mental emulation. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 364, 1273-1280. <https://doi.org/10.1098/rstb.2008.0314>
- Myles, L., & Merlo, E. (2022). Elucidating the Cognitive Mechanisms Underpinning Behavioural Activation. *International Journal of Psychological Research*, 15(1), 126-132. <https://doi.org/10.21500/20112084.5400>
- Myles, L., Merlo, E., & Obele, A. (2021). Desire for Control Moderates the Relationship between Perceived Control and Depressive Symptomology. *Journal of Mind and Medical Sciences*, 8(2), 299-305. <https://doi.org/10.22543/7674.82.p299305>
- Nanay, B. (2018). Multimodal mental imagery. In *Cortex* (Vol. 105). <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2017.07.006>
- Nanay, B. (2021). Unconscious mental imagery. In *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences* (Vol. 376). Royal Society Publishing. <https://doi.org/10.1098/rstb.2019.0689>
- Nieto, I., Robles, E., & Vazquez, C. (2020). Self-reported cognitive biases in depression: A meta-analysis. In *Clinical Psychology Review* (Vol. 82). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101934>
- Odou, N., & Vella-Brodrick, D. A. (2013). The Efficacy of Positive Psychology Interventions to Increase Well-Being and the Role of Mental Imagery Ability. *Social Indicators Research*, 110(1), 111-129. <https://doi.org/10.1007/s11205-011-9919-1>
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2017, mars 30). « *La dépression : parlons-en* » déclare l'OMS, alors que cette affection arrive en tête des causes de morbidité. <https://www.who.int/fr/news/item/30-03-2017--depression-let-s-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health#:~:text=Risques%20sanitaires%20associ%C3%A9s,le%20diab%C3%A8te%20ou%20les%20cardiopathies>.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2023, mars 31). *Troubles dépressifs (dépression)*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact->

sheets/detail/depression?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwudexBhDKARIsAI-

GWYViRsw7AtCv89ppQhHPoujMaYFVy2BWnQ_mg8EjJVomZjFm0w6_crwaAmEpEALw_wcB

- Palmiero, M., Piccardi, L., Giancola, M., Nori, R., D'Amico, S., & Olivetti Belardinelli, M. (2019). The format of mental imagery: from a critical review to an integrated embodied representation approach. *Cognitive Processing*, 20(3), 277-289. <https://doi.org/10.1007/s10339-019-00908-z>
- Pearson, J., & Kosslyn, S. M. (2015). The heterogeneity of mental representation: Ending the imagery debate. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 112(33), 10089-10092. <https://doi.org/10.1073/PNAS.1504933112>
- Pearson, J., Naselaris, T., Holmes, E. A., & Kosslyn, S. M. (2015). Mental Imagery: Functional Mechanisms and Clinical Applications. In *Trends in Cognitive Sciences* (Vol. 19, Numéro 10, p. 590-602). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2015.08.003>
- Pegg, S., & Kujawa, A. (2020). The effects of a brief motivation manipulation on reward responsiveness: A multi-method study with implications for depression. *International Journal of Psychophysiology*, 150, 100-107. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2020.02.004>
- Peretti, C. S. (2013). *Comprendre et soigner la dépression* (Elsevier Masson, Éd.).
- Peters, M. L., Flink, I. K., Boersma, K., & Linton, S. J. (2010). Manipulating optimism: Can imagining a best possible self be used to increase positive future expectancies? *Journal of Positive Psychology*, 5(3), 204-211. <https://doi.org/10.1080/17439761003790963>
- Poinsot, R. (2018). 21. Activation comportementale. In *Thérapies comportementales et cognitives* (p. 191-201). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.chape.2018.02.0191>
- Renner, F., Ji, J. L., Pictet, A., Holmes, E. A., & Blackwell, S. E. (2017). Effects of Engaging in Repeated Mental Imagery of Future Positive Events on Behavioural Activation in Individuals with Major Depressive Disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 41, 369-380. <https://doi.org/10.1007/s10608-016-9776-y>
- Renner, F., Murphy, F. C., Ji, J. L., Manly, T., & Holmes, E. A. (2019). Mental imagery as a “motivational amplifier” to promote activities. *Behaviour Research and Therapy*, 114, 51-59. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.02.002>
- Renner, F., Schwarz, P., Peters, M. L., & Huibers, M. J. H. (2014). Effects of a best-possible-self mental imagery exercise on mood and dysfunctional attitudes. *Psychiatry Research*, 215(1), 105-110. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.033>
- Renner, F., Werthmann, J., Paetsch, A., Bär, H. E., Heise, M., & Bruijnicks, S. J. E. (2021). Prospective mental imagery in depression: Impact on reward processing and reward-motivated behaviour. *Clinical Psychology in Europe*, 3(2). <https://doi.org/10.32872/CPE.3013>

- Richards, D. A., Ekers, D., McMillan, D., Taylor, R. S., Byford, S., Warren, F. C., Barrett, B., Farrand, P. A., Gilbody, S., Kuyken, W., O'Mahen, H., Watkins, E. R., Wright, K. A., Hollon, S. D., Reed, N., Rhodes, S., Fletcher, E., & Finning, K. (2016). Cost and Outcome of Behavioural Activation versus Cognitive Behavioural Therapy for Depression (COBRA): a randomised, controlled, non-inferiority trial. *The Lancet*, 388, 871-880. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31140-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31140-0)
- Roepke, A. M., & Seligman, M. E. P. (2016). Depression and prospection. *British Journal of Clinical Psychology*, 55(1), 23-48. <https://doi.org/10.1111/bjc.12087>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- 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(6), 1063-1078. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.6.1063>
- Schunk, D. H., & DiBenedetto, M. K. (2020a). Motivation and social cognitive theory. *Contemporary Educational Psychology*, 60, 101832. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2019.101832>
- Schunk, D. H., & DiBenedetto, M. K. (2020b). Motivation and social cognitive theory. *Contemporary Educational Psychology*, 60, 101832. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2019.101832>
- Sciensano. (2024). *Santé Mentale : Anxiété et dépression*. <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/diseases/sante-mentale#:~:text=Situation%20en%202018&text=Selon%20l'%C3%A9valuation%20r%C3%A9alis%C3%A9e%20sur,8%20%25%20pour%20la%20d%C3%A9pression>
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On Depression, Development and Death* (San Francisco: W.H. Freeman, Éd.).
- Seligman, M. E. P. (2012). *Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well-Being* (Simon Element / Simon Acumen, Éd.; Reprint).
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *The American psychologist*, 60(5), 410-421. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.5.410>
- Sheldon, K. M., & Lyubomirsky, S. (2006). How to increase and sustain positive emotion: The effects of expressing gratitude and visualizing best possible selves. *Journal of Positive Psychology*, 1(2), 73-82. <https://doi.org/10.1080/17439760500510676>
- Sheldon, K. M., & Lyubomirsky, S. (2012). The Challenge of Staying Happier. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38(5), 670-680. <https://doi.org/10.1177/0146167212436400>

- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65(5), 467-487. <https://doi.org/10.1002/jclp.20593>
- Sitbon, A., Shankland, R., & Krumm, C.-M. (2019). Supplemental Material for Interventions efficaces en psychologie positive : une revue systématique. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*. <https://doi.org/10.1037/cap0000163.supp>
- Soucy Chartier, I., Blanchet, V., & Provencher, M. D. (2013). Activation comportementale et dépression : une approche de traitement contextuelle. *Santé mentale au Québec*, 38(2), 175-194. <https://doi.org/10.7202/1023995ar>
- Soucy Chartier, I., & Provencher, M. D. (2013). Behavioural activation for depression: Efficacy, effectiveness and dissemination. In *Journal of Affective Disorders* (Vol. 145, Numéro 3, p. 292-299). <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.07.023>
- Suess, F., & Abdel Rahman, R. (2015). Mental imagery of emotions: Electrophysiological evidence. *NeuroImage*, 114, 147-157. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2015.03.063>
- Szpunar, K. K., & Schacter, D. L. (2013). Get real: Effects of repeated simulation and emotion on the perceived plausibility of future experiences. *Journal of Experimental Psychology: General*, 142(2), 323-327. <https://doi.org/10.1037/a0028877>
- Teasdale, J. D. (1988). Cognitive Vulnerability to Persistent Depression. *Cognition & Emotion*, 2(3), 247-274. <https://doi.org/10.1080/02699938808410927>
- Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., Parkinson, J., Secker, J., & Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Dinburgh mental well-being scale (WEMWBS): Development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(63). <https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-63>
- Todorov, L., & Gourevitch, R. (2022). La dépression aux urgences psychiatriques : une expérience quotidienne. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 180(8), 808-814. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2022.07.029>
- Townsley, A. P., Li-Wang, J., & Katta, R. (2023). Healthcare Workers' Well-Being: A Systematic Review of Positive Psychology Interventions. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.34102>
- Trottier, C., Trudel, P., Mageau, G., & Halliwell, W. R. (2008). Validation de la version canadienne-française du Life Orientation Test-Revised. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 40(4), 238-243. <https://doi.org/10.1037/a0013244>
- Trousselard, M., Steiler, D., Dutheil, F., Claverie, D., Canini, F., Fenouillet, F., Naughton, G., Stewart-Brown, S., & Franck, N. (2016). Validation of the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS)

- in French psychiatric and general populations. *Psychiatry Research*, 245, 282-290. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.08.050>
- Wagener, A. (2017, mars 24). How are you depressed? A clustering approach to the heterogeneity of depression. *International Convention of Psychological Science*. <https://www.researchgate.net/publication/315640865>
- Wagener, A., Baeyens, C., Van Der Linden, M., & Blairy, S. (2017). *Depression is a heterogeneous condition : a cluster-analysis approach*. <http://bit.ly/2cP2Gff>
- Wagener, A., Bayens, C., Van der Linden, M., & Blairy, S. (2016). L'activation comportementale est-elle pertinente pour tous les adultes dépressifs ? Une analyse en clusters. In *Poster présenté à la 43ème Journée Scientifique de l'Association pour l'Etude, la Modification et la Thérapie du Comportement*.
- Wagener, A., & Blairy, S. (2014). Efficacité de l'activation comportementale dans le traitement de la dépression : quels processus psychologiques déficitaires sont améliorés au cours du traitement ? *Mosaïque, revue des jeunes chercheurs en SHS*, 12(12).
- Wang, Y. P., & Gorenstein, C. (2013). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: A comprehensive review. In *Revista Brasileira de Psiquiatria* (Vol. 35, Numéro 4, p. 416-431). <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2012-1048>
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- Weiner, B. (1996). *Human Motivation: Metaphors, Theories, and Research* (I. SAGE Publications, Éd.).
- Werner-Seidler, A., & Moulds, M. L. (2011). Autobiographical memory characteristics in depression vulnerability: Formerly depressed individuals recall less vivid positive memories. *Cognition and Emotion*, 25(6), 1087-1103. <https://doi.org/10.1080/02699931.2010.531007>
- Werner-Seidler, A., & Moulds, M. L. (2012). Characteristics of self-defining memory in depression vulnerability. *Memory*, 20(8), 935-948. <https://doi.org/10.1080/09658211.2012.712702>
- Weßlau, C., Lieberz, K., Oertel-Knöchel, V., & Steil, R. (2016). Distressing visual mental images in depressed patients and healthy controls – Are they one and the same? *Psychiatry Research*, 246, 341-347. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.09.034>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. In *Acta psychiatrica scandinavica* (Vol. 67, Numéro 6, p. 361-370). <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>