
Quels liens existent-ils entre la dépression, la rumination et les biais attentionnels ?

Auteur : Wulleput, Wendy

Promoteur(s) : Blairy, Sylvie

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

Diplôme : Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée en psychologie clinique

Année académique : 2017-2018

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/5713>

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.



Faculté des Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation

Quels liens existent-ils entre la dépression, la rumination et les biais attentionnels ?

Promotrice : Madame Sylvie Blairy

Lecteurs : Madame Aurélie Wagener

Monsieur Serge Brédart

**Mémoire présenté par Wendy Wulleput en vue de l'obtention du grade de
Master en Sciences Psychologiques**

Année académique : 2017-2018

Remerciements

Je voudrais tout d'abord remercier ma promotrice madame Sylvie Blairy ainsi que son assistante madame Audrey Krings pour leur accompagnement, leur disponibilité et leurs nombreux conseils prodigués tout au long de ce mémoire.

Je souhaite aussi remercier à l'avance mes lecteurs, madame Aurélie Wagener et monsieur Serge Brédart pour l'intérêt porté à ce travail et le temps consacré à la lecture de celui-ci.

J'exprime ensuite toute ma gratitude aux personnes ayant accepté de prendre part à l'étude en me consacrant une part de leur temps et en exprimant leur intérêt à l'égard de mon travail. Sans vous, sa réalisation n'aurait pas été possible.

J'adresse également mes remerciements à Eric Nisol pour son aide apportée lors de la réalisation des analyses statistiques ainsi que pour ses nombreux conseils. Par ailleurs, je remercie aussi madame Marie-Antoinette Molders et Nicolas Wulleput pour la relecture de mon travail et conseils apportés, la réalisation de la mise en page et la correction orthographique et grammaticale de celui-ci.

Ensuite, il me tient à cœur de remercier mes parents, ma belle-mère, mes frères et ma sœur pour leur soutien tout au long de mon parcours universitaire, pour leurs encouragements et la confiance qu'ils m'ont accordée lors de ces six dernières années. Merci maman de m'avoir poussé à croire en moi et de m'avoir soutenue aussi longtemps que tu aies pu. Merci papa de m'avoir encouragé toutes ces années et m'avoir aidé à ne pas baisser les bras lors de ces derniers mois. Merci à vous deux pour votre dévouement m'ayant aidé à poursuivre mon rêve.

Enfin, je souhaite tout particulièrement remercier tou(te)s mes ami(e)s ainsi que Quentin Tournadre pour leur présence, leur écoute et leur soutien inconditionnel lors de cette année difficile moralement et physiquement.

Table des matières

INTRODUCTION	5
PARTIE 1 : THÉORIE	6
Chapitre 1 : la dépression.....	6
1.1 Définition, symptomatologie et hétérogénéité des manifestations.....	6
1.2 Prévalence de la dépression	9
1.3 Conséquences de la dépression dans la vie quotidienne.....	10
1.4 L'approche processuelle pour expliquer la dépression.....	14
1.4.1 Critiques de l'approche catégorielle	14
1.4.2 Le processus psychologique (Philipipot, 2016).....	16
1.4.3 Modèle de Kindermann (2005).....	18
1.5 Traitement	21
1.6 Conclusion	22
Chapitre 2 : ruminantion et biais attentionnels	24
2.1 Ruminantion mentale	24
2.1.1 Définition.....	24
2.1.2 Ruminantions mentales et dépressions.....	26
2.1.3 Mécanismes d'action et facteurs de maintien	28
2.2 Les biais attentionnels	31
2.2.1 Définition.....	31
2.2.2 Biais de désengagement de l'attention	32
2.2.3 Biais de désengagement de l'attention et dépression	33
2.2.4 Biais de désengagement, dépression et ruminantion mentale.....	37
2.3 Conclusion	38
Chapitre 3 : questions de recherches et hypothèses	40

PARTIE 2 : EMPIRIQUE	41
Chapitre 4 : méthodologie.....	42
1.1 Participants.....	42
1.2 Procédure de recrutement	42
1.3 Matériel	43
1.3.1 Questionnaire de données sociodémographiques.....	43
1.3.2 Paced Auditory Serial Addition Test (PASAT).....	44
1.3.3 Tâche de sondage spatial.....	44
1.3.4 Échelle de dépression de Beck (BDI-II).....	46
1.3.5 Ruminative Response Scale (RRS)	46
Chapitre 5 : résultats.....	47
5.1 Statistiques descriptives	48
5.1.1 Données sociodémographiques.....	48
5.1.2 Indices des temps de réaction	50
5.1.3 Résultats aux différentes échelles	51
5.2 Analyses des résultats	52
5.2.1 Hypothèse principale	52
5.2.2 Résultats des analyses relatives à l'échelle de dépression de Beck (BDI-II).....	55
5.2.3 Résultats des analyses relatives à la Rumination Response Scale (RRS).....	55
5.2.4 Résultats des analyses relatives à la PASAT.....	58
5.2.5 Résultats des analyses relatives au taux de mauvaises réponses	58
5.3 Conclusion	59
Chapitre 6 : discussion	60
Chapitre 7 : conclusion générale.....	71
PARTIE 3 : BIBLIOGRAPHIE	73
PARTIE 4 : ANNEXES.....	84

Introduction

Au vu des trois cents millions de personnes touchées par la dépression dans le monde ainsi que par son augmentation de 10% au cours de ces dix dernières années (OMS, 2017), ce trouble mental semble être bien connu de la société actuelle. Cependant, nous allons voir que celui-ci peut revêtir de multiples réalités différentes faisant alors de cette maladie une réalité complexe. Comme pour tous les troubles, la compréhension de la dépression passe entre autres par la mise en lumière de ses facteurs de développement, de maintien et de rechute, c'est pourquoi nous allons investiguer à travers ce mémoire les liens existants entre la dépression, la rumination mentale et le biais de désengagement attentionnel.

Ainsi, nous commencerons ce travail par deux chapitres théoriques visant à développer ces trois concepts clés. Le premier chapitre sera consacré à la dépression. Au cours de celui-ci, nous nous focaliserons sur l'importante hétérogénéité du trouble, nous décrirons ensuite l'approche catégorielle que nous comparerons à l'approche processuelle de Kinderman (2005) et nous finiront par décrire brièvement les traitements existants.

Le deuxième chapitre s'intéressera aux deux seconds concepts : la rumination et les biais attentionnels. Outre leur définition respective et les mécanismes d'actions et facteurs de maintien de la rumination, nous aborderons à travers les données empiriques les liens entre le biais de désengagement de l'attention et la rumination mentale, ainsi que ceux qu'ils entretiennent avec la dépression.

Nous exposerons ensuite nos hypothèses de recherche, pour donner suite à la partie empirique de ce travail. Celle-ci est destinée à décrire dans un premier temps les différentes analyses statistiques effectuées et les résultats obtenus. Ceux-ci seront analysés et critiqués dans la partie discussion par laquelle nous terminerons et où nous dépeindrons également les limites pouvant être soulignées dans notre étude ainsi que les perspectives pour les recherches ultérieures.

Partie 1 : théorie

Chapitre 1 : la dépression

1.1 Définition, symptomatologie et hétérogénéité des manifestations

La dépression est un trouble de l'humeur qui, selon l'OMS (2017) constitue la première cause de morbidité dans le monde et touche la population quelle que soit son sexe, son âge ou son pays d'origine. Il s'agit d'un trouble qui peut présenter une hétérogénéité à plusieurs niveaux. Ce trouble mental peut en effet différer entre les personnes en termes de symptomatologie, de sévérité, de cause ou étiologie (Monroe & Anderson, 2015), mais aussi en termes de récurrence, de durée, etc.

Malgré l'hétérogénéité présente dans cette psychopathologie, et sur laquelle nous allons nous étendre ci-dessous, il existe une définition regroupant un ensemble de symptômes sur lesquels les professionnels de la santé se basent pour établir le diagnostic dépressif. Il s'agit d'une définition descriptive et athéorique de la dépression, dans laquelle nous pouvons déjà observer la variété des critères diagnostiques caractérisant ce trouble. Celle-ci est fournie par la cinquième version du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM5) (American Psychiatric Association, 2013), manuel international décrivant et classifiant les diverses pathologies et présentant une vision sémiologique de la dépression. L'optique que nous offre le DSM sur la psychopathologie se base sur une approche catégorielle qui vise à établir des catégories précises de troubles psychologiques où les propriétés sont distinctes (Widakowich, Van Wettere, Jurysta, Linkowski, & Hubain, 2013). Selon cette approche, un certain nombre de symptômes doivent être présents afin que le diagnostic puisse être établi. Une pathologie est donc présente si le nombre de symptômes décrits et nécessaires est atteint ou absente si tel n'est pas le cas.

Voici ci-dessous la définition de la dépression selon le DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013) :

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.

N. B. : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection générale.

B.

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.

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

Cette description présente l'avantage de fournir aux différents professionnels rencontrant cette pathologie à travers l'exercice de leur profession, une définition commune de la

dépression et leur permet donc de s'entendre sur ce qu'est le trouble dépressif. Outre cet aspect pratique, cette présentation sémiologique nous offre la possibilité d'observer une certaine hétérogénéité présente dans cette pathologie. En effet, une des deux conditions pour que le diagnostic soit établi est la présence d'au moins cinq symptômes.

Par conséquent, deux sujets peuvent être diagnostiqués comme étant dépressifs tout en ne partageant qu'un symptôme commun parmi ceux dont ils souffrent. En d'autres mots, il existe un nombre important de combinaisons possibles de symptômes, menant toutes au même diagnostic : la dépression (Van der Linden, 2016). Comme le soulignent d'ailleurs Zimmerman, Ellison, Young, Chelminski et Dalrymple en 2015, il existe 227 façons d'obtenir le diagnostic de dépression majeure selon les critères du DSM-5. Le profil des sujets dépressifs peut donc être très différent d'une personne à l'autre étant donné la grande variété des manifestations pouvant être présente (Monroe & Anderson, 2015).

De plus, nous pouvons constater à travers cette définition 3 catégories de symptômes : des symptômes affectifs (sentiments de tristesse, perte d'intérêts, sentiments de vide), cognitifs (pensées négatives, autocritiques, difficultés de concentration, de prise de décisions ou de mémoire), et somatiques (modifications de l'appétit, du sommeil, de la vitalité), montrant ainsi la variété de symptômes existants. Leurs répercussions sur ces différentes sphères de la vie se manifestent de façon hétérogène chez les individus (Monroe & Anderson, 2015). Un point décrivant les conséquences de la maladie sera vu ultérieurement au cours de ce chapitre.

Par ailleurs, une différence de symptomatologie s'observe au niveau des sexes. Dans leur étude en cluster, Wagener, Baeyens et Blairy (2016) mettent en évidence que par comparaison aux hommes, les femmes manifestent plus de symptômes de tristesse, de sentiments négatifs et d'attitude critique envers soi, de pleurs, d'indécision, une augmentation de l'appétit ainsi qu'une perte d'intérêt pour le sexe. Les hommes quant à eux, présentent plus de symptômes relatifs aux échecs dans le passé et à la perte de plaisir.

Au-delà de cette définition relative à la symptomatologie, l'hétérogénéité peut également faire référence à l'étiologie de la maladie : différentes causes peuvent mener à développer

cette psychopathologie. Par exemple, une personne peut développer un trouble dépressif en réponse à un stress vécu, tandis qu'une autre peut devenir dépressive en raison d'une prédisposition génétique (Monroe & Anderson, 2015). Cependant, même si une hétérogénéité se révèle à ce niveau, les causes menant une personne à développer un trouble dépressif sont souvent multifactorielles (Monroe & Anderson, 2015) et peuvent ainsi orienter certains aspects de la prise en charge thérapeutique.

Enfin, l'hétérogénéité se retrouve aussi au niveau de l'intensité de cette psychopathologie qui sera caractérisée comme légère, modérée ou sévère, et perturbera alors différemment les activités quotidiennes du sujet. Ainsi, un patient souffrant d'un trouble dépressif léger préservera de relativement bonnes capacités de fonctionnement bien qu'il rencontrera quelques difficultés dans l'accomplissement et la réalisation de ses activités sociales et professionnelles. Un sujet souffrant d'un trouble dépressif sévère quant à lui rencontrera de plus grandes difficultés dans ces activités.

Ainsi, le DSM nous offre une définition nous permettant d'avoir une vision des symptômes dépressifs qui est partagée par l'ensemble des professionnels travaillant dans ce domaine. Cependant, il est important de garder à l'esprit l'hétérogénéité présente dans ce trouble qui peut dès lors se décliner en réalités différentes et se montrer très variable d'un sujet à l'autre. Le clinicien se doit alors de faire preuve d'une certaine souplesse dans la prise en charge de ce trouble, et ce afin de s'adapter au mieux à l'hétérogénéité de la maladie.

1.2 Prévalence de la dépression

Le trouble dépressif connaît deux pics au niveau de l'âge moyen du début de la maladie : le premier se situe entre 25 et 30 ans et le second entre 35 et 44 ans (Morvan, 2005).

Cette maladie occupe une place importante dans la population étant donné que le nombre de cas de dépression à un moment donné est en augmentation. En effet, une augmentation de 18% a été observée par l'OMS (2017) sur une période de 10 ans, soit de 2005 à 2015, ce qui induit des coûts de santé importants dans notre société. Plus précisément, plus de trois cents millions de personnes dans le monde sont touchées par cette maladie et parmi celles-

ci, un nombre conséquent n'a pas accès au traitement. Une des raisons de ce constat peut s'expliquer par un « manque de soutien aux personnes ayant des troubles mentaux, associé à la peur de la stigmatisation » (OMS 2017). Ce déficit d'accès au traitement est non négligeable dans la mesure où cette pathologie est la première cause d'invalidité dans le monde (OMS 2017).

Outre cette augmentation générale dans la population au cours des années, une différence importante a pu être observée entre les deux sexes au niveau de la prévalence de ce trouble. Effectivement, « environ 70% des individus atteints de dépression majeure et de dysthymie sont des femmes » (Jamison, Kirchner, Styron, & Thayer, 2007). Ce déséquilibre peut s'observer à travers divers pays du monde, bien que la prévalence varie entre ceux-ci (Jamison et al. 2007). De plus, une étude menée par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES 2005) montre que pour le même niveau sociodémographique, 23,5% des femmes contre 12,0% des hommes sont touchées par cette pathologie. Selon l'organisation mondiale de la santé, la probabilité plus accrue pour une femme de développer cette maladie se montre toujours d'actualité en 2015 (OMS, 2015).

Le sexe n'influence cependant pas l'âge du premier épisode dépressif qui apparaît en moyenne au début de l'âge adulte (INPES 2005). Plusieurs explications ont été proposées par la littérature scientifique afin d'expliquer cette différence homme-femme. Parmi celles-ci, Albert (2015) met en avant une vulnérabilité génétique chez les femmes qui les rendraient plus sujettes que les hommes à développer un trouble dépressif majeur. Ensuite, comme nous le verrons dans le deuxième chapitre, la rumination joue également un rôle dans la dépression. Or, à la différence des hommes qui ont tendance à se distraire, les femmes seraient plus enclines à ruminer à propos de leurs symptômes, ce qui les rendraient alors plus vulnérables à la dépression (Baeyens, Kornacka, & Douilliez, 2012).

1.3 Conséquences de la dépression dans la vie quotidienne

Par la présence des nombreux symptômes décrits ci-dessus, la dépression entraîne de multiples dommages qui peuvent varier en termes d'intensité, selon la sévérité elle-même

de la maladie. Ces conséquences qui touchent plusieurs domaines peuvent causer une certaine invalidité dans la vie quotidienne.

On comprend dès lors l'importance des études visant à expliquer cette problématique dans son intégralité afin de pouvoir par la suite proposer une meilleure prise en charge de cette pathologie.

Parmi ces conséquences, la première que nous pouvons mettre en évidence est la perturbation potentielle du sommeil, cette difficulté étant d'ailleurs reprise dans les critères diagnostique du DSM. Beaucoup d'entre nous avons déjà pu expérimenter une vulnérabilité émotionnelle à la suite d'une mauvaise nuit. Inversement, des affects négatifs peuvent engendrer des difficultés à trouver le sommeil. Le sommeil est donc fréquemment lié à l'humeur et ce, même dans la population non-clinique (Andlauer, 2016). Les sujets souffrants de dépression peuvent présenter un allongement de la latence d'endormissement, une diminution du temps total de sommeil, une augmentation du nombre et de la durée des éveils intra-nocturnes et une diminution de l'indice de l'efficacité du sommeil (Andlauer, 2016).

Ces conséquences sur le sommeil résultent donc de l'humeur, et plus spécifiquement de la dépression.

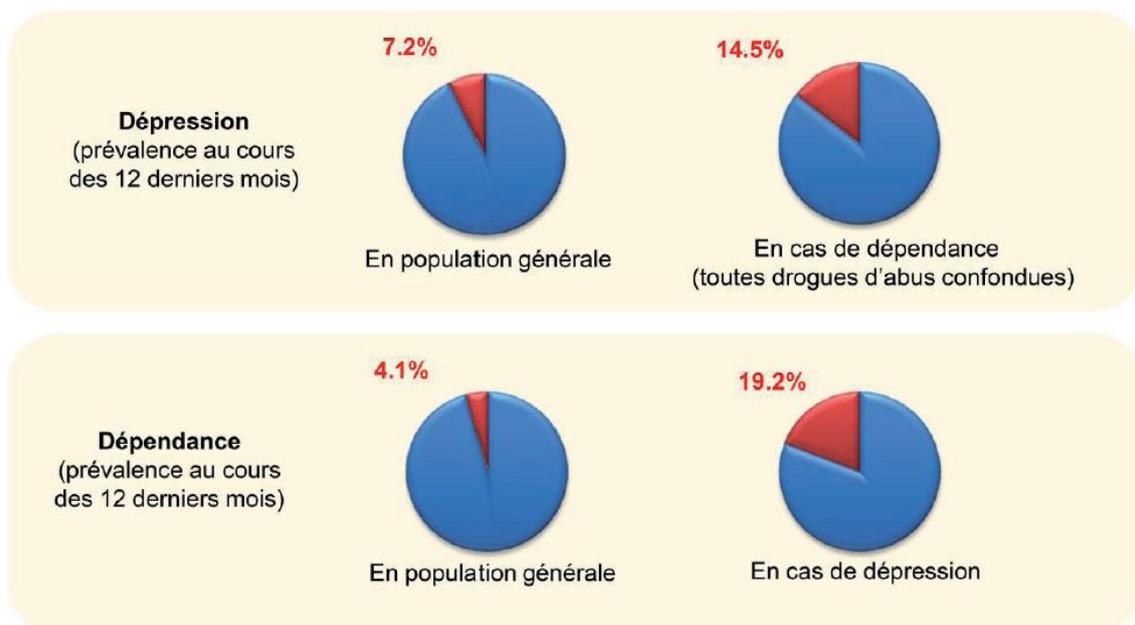
A contrario, le sommeil peut également influencer l'humeur. En effet, Harvey souligne en 2011, le rôle majeur que joue le sommeil dans la régulation émotionnelle. Une autre étude menée par Yoo et al., (2007) montre une augmentation de 60% concernant l'activité de l'amygdale chez des personnes privées de sommeil lorsque des images à valence émotionnelle négative leurs sont présentées. Or, nous savons que ce noyau du système limbique est grandement impliqué dans l'évaluation et le traitement des informations émotionnelles négatives. Par conséquent, la privation de sommeil peut entraîner le développement d'affects dépressifs via son influence sur l'activité amygdalienne. L'humeur influence ainsi le sommeil et inversement.

Les consommations de substances sont une deuxième conséquence de la dépression que nous pouvons évoquer. Comme nous le montre la figure 1, la présence d'un trouble

dépressif durant les 12 derniers mois se montre deux fois plus élevée chez une population dépendante à une substance (14,5%) que dans la population normale (7,2%). De plus, nous observons que la dépendance à un produit durant cette même période passe de 4,1% dans la population normale à 19,2% en cas de dépression. Nous pouvons dès lors constater la comorbidité évidente entre ces deux troubles.

Certains produits peuvent être utilisés dans un but d'automédication par les sujets et progressivement devenir une consommation abusive, voire une dépendance lorsque les effets bénéfiques au niveau de l'humeur se font ressentir. Cependant, cette consommation peut également devenir source d'affects dépressifs lorsque celle-ci entraîne de la souffrance au quotidien.

Figure 1 : Comorbidité entre la dépression et l'addiction (Lutz, 2012)



Ensuite, selon l'OMS (2017), le suicide constitue la deuxième cause de morbidité dans la tranche d'âge 15-29 ans et environ 800 000 personnes se suicident dans le monde sur une période d'un an. Ces chiffres correspondent au taux de suicides aboutis au cours d'une année. Cependant, il est important de prendre également en considération les idéations

suicidaires et les tentatives de suicides qui sont elles aussi très présentes étant donné que ces dernières sont estimées à 200 000 par an en France (Courtet & Vaiva, 2010).

Cette problématique est particulièrement associée à la dépression puisque 60 à 70% des suicides aboutis ont été réalisés par des sujets présentant une dépression (Villain et al. 2009). Le suicide représente souvent une échappatoire chez ces personnes pour qui la souffrance dépasse ses stratégies de coping. Cette souffrance psychique est telle que la personne ne trouve pas d'autre solution que le suicide pour vaincre cette impasse. Comme l'explique Wojnar et al en 2009, les troubles du sommeil qui se manifestent de façon chronique seraient liés à une plus grande vulnérabilité vis-à-vis du risque suicidaire, or l'insomnie ou l'hypersomnie sont des manifestations qui peuvent se manifester fréquemment dans le trouble dépressif. En outre, Winer, Drapeau, Veilleux et Nardorff (2016), mettent en évidence que les personnes souffrant d'anhédonie – constituant rappelons-le, un symptôme majeur de la dépression – auraient tendance à s'engager dans des comportements suicidaires dans un mouvement d'évitement face à un stress.

Dès lors, en plus de l'humeur dépressive pouvant être directement liée à cette problématique, les troubles du sommeil ainsi que l'anhédonie jouent donc eux aussi un rôle dans la vulnérabilité face au suicide.

La dépression peut aussi avoir des répercussions au niveau professionnel et financier. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS 2017), ce trouble est la première cause d'invalidité dans le monde et a des conséquences négatives sur notre productivité. Comme nous l'avons vu dans les critères diagnostiques du DSM, la perte d'intérêt ou de plaisir est un des critères clé de la dépression et la capacité de concentration peut être altérée. Ces conséquences peuvent dès lors faire défaut dans le métier qu'exerce l'individu et dès lors entraîner un arrêt temporaire ou une perte du travail et donc une diminution des revenus.

Il est rare que cette pathologie ne touche que la personne qui en souffre : sa souffrance affecte souvent ses proches également. En plus de voir l'être cher se transformer, certains symptômes comme la perte d'énergie ou de plaisir ou la fatigue parfois excessive peuvent entraîner une diminution des activités de famille ou de couple ainsi qu'une baisse de la libido. Une vie monotone peut dès lors s'installer et causer des tensions, une lassitude au

sein de la famille ou du partenaire qui ne comprend pas toujours ce qu'il se passe. En 2004, Whisman, Uebelacker et Weinstock nous montrent l'association qu'il existe entre la psychopathologie et la satisfaction maritale : Il y aurait une corrélation négative entre la satisfaction maritale et le niveau de psychopathologie (notamment la dépression et l'anxiété). Plus haut est le niveau de la psychopathologie et l'intensité des symptômes, plus bas est le niveau de satisfaction maritale.

Enfin, la dépression, qui est un trouble psychologique, est liée à l'émergence d'affections physiques. Ainsi, Penninx (2017) explique que la dépression est liée non seulement à l'émergence de maladies cardiovasculaires mais aussi à la progression de celles-ci. Outre ces maladies cardiovasculaires, Castanon (2015) explique également que ce trouble mental est associé au diabète.

Ces données relatives à la prévalence croissante de ce trouble et à ses multiples conséquences pouvant entraîner une invalidité quotidienne témoignent de la nécessité d'étudier ce trouble dans le but d'avoir une meilleure compréhension de celui-ci et pouvoir ainsi améliorer les traitements.

1.4 L'approche processuelle pour expliquer la dépression

1.4.1 Critiques de l'approche catégorielle

La définition du DSM citée ci-dessus correspond à une approche catégorielle qui tend à être critiquée par la littérature scientifique pour les limites qu'elle présente.

La première est liée à sa nature descriptive et athéorique qui par définition, n'explique pas les mécanismes ou processus psychologiques qui sous-tendent les psychopathologies. Dès lors, l'approche catégorielle décrite par le DSM n'est pas en mesure d'offrir une prise en charge complète du trouble mental (Kinderman, 2009). En effet, les processus psychologiques, menant et/ou maintenant le trouble, peuvent fortement varier entre des sujets qui en sont atteints et donc orienter différemment les procédures thérapeutiques. Outre les processus individuels, l'approche catégorielle du DSM ne nous permet pas de

mettre en lumière la diversité des caractéristiques propres à chaque patient atteint de la même pathologie.

En outre, comme mentionné antérieurement, le trouble est soit présent, soit absent en fonction du nombre de critères présentés par le sujet. Dès lors, cette approche ne tient pas compte du fait que la plupart des difficultés psychologiques se trouvent au sein d'un continuum (Van der Linden, 2016) constitué par un pôle normal ainsi que par un pôle pathologique pour former ses deux extrémités. Ainsi, adopter une vision catégorielle de la psychopathologie ne nous permet pas de nuancer les troubles mentaux ainsi que quantifier la sévérité des symptômes dont souffre un sujet (Widakowich et al, 2013).

Ensuite, comme nous l'explique Kinderman (2009) est que les facteurs sociaux, psychologiques et circonstanciels ne revêtent pas un caractère important dans cette approche qui les considère comme des simples modérateurs dans l'étiologie de la psychopathologie. L'hétérogénéité interindividuelle liée à ces facteurs n'est donc pas prise en compte dans le DSM. Plusieurs réalités cliniques sont réunies sous le diagnostic dépressif dans l'approche catégorielle et ne permet pas de pouvoir différencier deux personnes atteintes du même trouble (Nef, Philippot, & Verhofstadt, 2012).

Une autre limite est liée au diagnostic dépressif en lui-même. En effet, celui-ci est établi si une personne présente au minimum cinq symptômes sur les neuf cités ci-dessus. Prenons l'exemple d'une rupture, d'une perte d'emploi ou d'une situation relativement similaire. Dans de telles situations, il est fréquent qu'un sujet présente ces symptômes durant deux semaines consécutives. Or ces situations ne constituent pas un critère d'exclusion de l'épisode dépressif majeur. Cela tend donc à rendre pathologiques ces manifestations normales. D'une façon plus générale, il est fréquent que le DSM psychiatrise des réactions normales faisant suites à des situations personnelles, des trajectoires individuelles non prises en compte (Van der Linden, 2016).

Une critique également non-négligeable est le fait que l'approche utilisée par le DSM ne tient pas compte de la comorbidité, pourtant fortement présente en psychopathologie (Van der Linden, 2016). Il existe en effet un nombre important de symptômes ou de processus

psychologiques n'étant pas spécifiques à un diagnostic précis, mais partagés par plusieurs d'entre eux. Une procédure thérapeutique ciblant ceux-ci pourra ainsi travailler différentes difficultés.

Enfin, comme l'explique Simonsen (2010), un bon nombre de cliniciens éprouvent la difficulté à classer un patient dans une catégorie à fur et à mesure qu'ils le connaissent. Pour cet auteur, cela peut aisément s'expliquer par le fait que « l'usage des catégories est confronté à de nombreux cas atypiques qui s'avèrent rebelles aux classifications ».

Compte tenu de ces limites, les chercheurs se sont donc penchés ces dernières années sur une approche processuel du trouble mental. Celle-ci s'axe sur l'étude des facteurs et processus psychologiques propres à chaque trouble mais aussi aux processus communs à différentes psychopathologies. Cette approche nous offre donc l'avantage de nous fournir plus d'informations quant aux causes d'un trouble ainsi qu'à la comorbidité existante entre plusieurs d'entre eux.

Ce mémoire investiguant les processus psychologiques et plus précisément les biais attentionnels étant en lien avec la dépression, nous allons nous pencher dans la suite de ce mémoire sur l'approche processuelle de la psychopathologie en prenant la dépression comme référence, ainsi que sur les différents modèles issus de cette théorie. Ceux-ci se montrent en effet particulièrement intéressants pour leur mise en évidence du rôle majeur que jouent les processus dans le maintien d'un trouble mental.

Afin d'avoir une bonne compréhension de ce modèle, commençons par décrire ce qu'est un processus psychologique, élément central dans cette approche.

1.4.2 Le processus psychologique (Philippot, 2016)

Le processus psychologique est un concept prenant de plus en plus d'ampleur dans le champ de la psychologie, notamment à la suite du développement important des théories processuelles, dans lesquelles, ils revêtent un caractère important, voire central. Cependant, la littérature scientifique ne nous permet pas de le définir clairement.

Philippot nous propose néanmoins une définition en 2016. Ainsi, un processus psychologique est un mécanisme qui se déroule dans l'ici et maintenant et qui sous-tend la transformation d'un élément psychologique. Ceux-ci peuvent être implicites ou explicites et peuvent par exemple être percept, une sensation, un souvenir, un jugement, une image mentale, etc. (Philippot, 2016). À côté de ces éléments psychologiques, la transformation peut également concerner des éléments parents. Par ce terme, nous entendons des éléments proches d'éléments psychologiques, comme par exemple des changements de l'activité physiologique ou nerveuse.

Cependant, il est nécessaire que des éléments psychologiques soient impliqués pour que de tels éléments puissent être considérés comme étant impliqués dans les processus psychologiques. La transformation peut donc se faire à trois niveaux. La première consiste en une transformation d'un élément psychologique en un autre, comme par exemple le mécanisme par lequel un souvenir est transformé en image mentale. La seconde implique la transformation d'un élément parent en un élément psychologique. À titre d'exemple, le processus qui transforme une réponse physiologique en une sensation corporelle appartient à cette catégorie (Philippot, 2016). La troisième est l'inverse de la seconde, c'est-à-dire la transformation d'un élément psychologique en un élément parent, comme le fait d'exprimer une idée à haute voix. (Philippot, 2016). Par la notion de transformation que le processus implique, celui-ci est donc avant tout un mécanisme dynamique.

Cette notion est également essentielle dans la distinction qu'il existe entre un processus et un symptôme. En effet, un symptôme constitue le résultat d'un processus et ne transforme donc pas quant à lui, un élément psychologique. Prenons l'exemple de la rumination mentale sur lequel porte ce mémoire. Selon la littérature, la rumination pourrait être le résultat d'un biais de désengagement de l'attention des informations ayant une valence émotionnelle négative (Mor et Daches., 2015). - Ce point sera approfondi au cours du deuxième chapitre. Dans un tel cas, le biais attentionnel constituerait un processus et la rumination un symptôme.

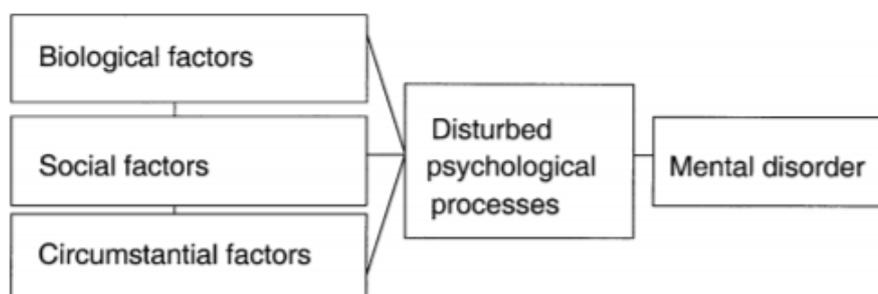
En revanche, comme nous le verrons également dans le prochain chapitre, le ressassement serait lié à un traitement abstrait de l'information (Watkins, Baeyens, & Read, 2009), entraînant alors des symptômes tels qu'une perte d'intérêt, une humeur triste, etc. Ici, la rumination constituerait ainsi un processus.

1.4.3 Modèle de Kindermann (2005)

En 2005, le professeur Kindermann, développe un modèle qui deviendra une référence en ce qui concerne l'approche processuelle (Figure 2).

Comme nous pouvons le voir, trois types de facteurs prédisposants (biologiques, sociaux et circonstanciels) opèrent de façon causale sur le développement et le maintien du trouble mental via la perturbation de processus psychologiques normaux. Autrement dit, les facteurs biologiques, sociaux et circonstanciels constituent une cause distale dans le développement de la psychopathologie en agissant sur les causes proximales que constituent les processus psychologiques (Philippot, 2016). Ces derniers sont quant à eux essentiellement cognitifs, émotionnelles ou comportementaux (Nef, Philippot, & Verhofstadt, 2012). Le symptôme dépressif exprimerait alors le résultat d'un processus psychologique perturbé (Philippot, 2016).

Figure 2 : *Modèle processuelle de Peter Kindermann (2005)*

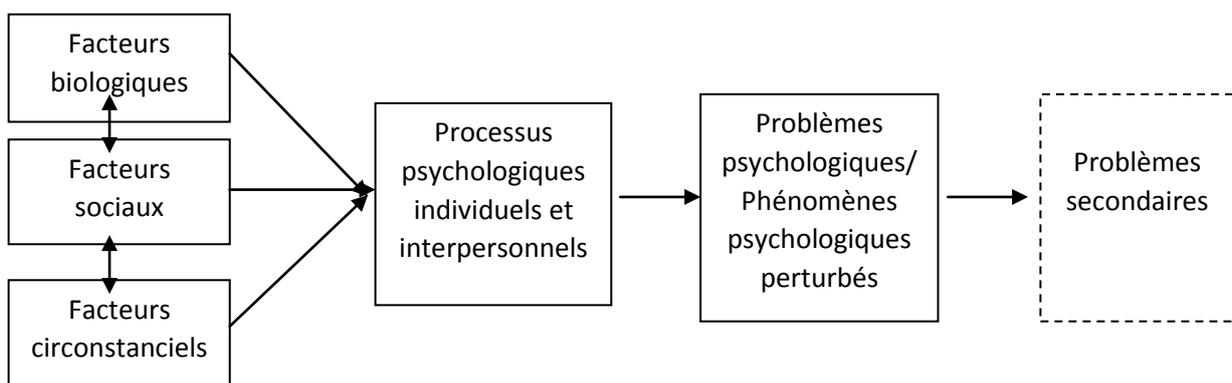


Illustrons ce modèle dans le cadre de la dépression. Nous retrouverions à titre d'exemple des éléments tels que des anomalies dans le métabolisme de la sérotonine (David & Gardier, 2016) pour les facteurs biologiques, un faible statut socio-économique ou un pauvre réseau social pour les facteurs sociaux ainsi qu'un stress environnemental élevé en ce qui

concerne les facteurs circonstanciels. Ces éléments influenceraient donc le développement de la dépression via la perturbation de processus psychologiques. Ceux-ci quant à eux peuvent être multiples dans la dépression : les biais attentionnels, la rumination, des biais d'interprétation, les biais mnésiques, etc. Dès lors, les facteurs individuels pouvant potentiellement faciliter le développement du trouble, ainsi que les différents processus psychologiques impliqués au sein de la maladie peuvent se montrer très variés entre les sujets dépressifs. Par conséquent, nous pouvons à nouveau ici observer l'aspect hétérogène de la dépression.

Nef, Philippot et Verhofstadt (2012) complète le modèle de Kinderman en y ajoutant deux éléments. Tout d'abord il ajoute des processus interindividuels qui sont en interactions avec les processus individuels. Comme nous pouvons le voir sur la figure 3, ceux-ci sont tous deux sous-tendus par les trois mêmes types de facteurs. Le deuxième élément est les conséquences des problèmes psychologiques. Celles-ci peuvent jouer un rôle sur le maintien du trouble ou sur les circonstances qui les déclenchent.

Figure 3 : *Modèle de la détermination des troubles psychopathologiques de Kindermann et Tai (2007) complété par Nef, Philippot et Verhofstadt (2012)*



À nouveau, nous pouvons mettre ce modèle en lien avec la dépression. Par exemple, la rumination (processus individuel dysfonctionnel) peut entraîner chez un sujet une humeur triste (problème psychologique) pouvant à son tour entraîner un isolement (problème secondaire).

Comme mentionné ci-dessus, en plus de se centrer sur les processus psychologiques impliqués dans un trouble, l'approche processuelle se focalise également sur les processus partagés par plusieurs d'entre eux, autrement dit, sur la comorbidité qui semble être particulièrement présente en psychopathologie. En effet, comme le souligne Barlow en 2004, la comorbidité est la règle plutôt que l'exception en psychiatrie et est donc un phénomène particulièrement fréquent. Ces processus, appelés processus transdiagnostiques peuvent donc se retrouver au centre de plusieurs troubles mentaux. Prenons l'exemple des pensées répétitives négatives sur lequel porte ce mémoire. Celles-ci peuvent se retrouver au sein du trouble dépressif, sous le terme « ruminations dépressives » mais également au sein du trouble anxieux portant alors le nom de préoccupations anxieuses. À la suite des données récoltées par McLaughlin et Nolen-Hoeksema en 2011, Baeyens soutient l'hypothèse que le ressassement constitue un processus explicatif de la comorbidité, particulièrement entre l'anxiété et la dépression (Baeyens, 2016).

Ces modèles nous offrent plusieurs avantages. Le premier est une meilleure compréhension concernant l'étiologie des troubles mentaux, ceci grâce à la vision qu'ils nous offrent sur les facteurs prédisposants ainsi que sur les processus jouant un rôle sur le maintien des troubles. Cette approche peut être appliquée de façon individuelle aux sujets souffrant de dépression, nous offrant alors une compréhension individualisée du trouble. Un deuxième avantage se lie au premier : la clarté des processus en jeu offre la possibilité aux cliniciens d'une meilleure prise en charge en se centrant spécifiquement sur ce qui fait défaut chez le sujet, autrement dit, sur les processus individuels dysfonctionnels.

Ensuite, elle permet de rendre compte de la comorbidité pouvant exister entre plusieurs et de mieux la traiter (Nef et al., 2012). Ceci offre aux professionnels de la prise en charge des possibilités de traiter à l'aide d'une procédure thérapeutique unifiée, des patients présentant divers problèmes ou des groupes de patients souffrant de troubles multiples (Nef et al., 2012). De plus, en travaillant plus facilement avec des patients ayant des diagnostics variés, cette approche évite les problèmes des départements de soin spécialisés où les places sont limitées et les listes d'attente relativement longues (Nef et al., 2012).

Elle favorise également du côté du clinicien, la prévention de divers troubles en ciblant des facteurs de risque communs à ceux-ci et permet, par la comorbidité existante, d'unifier les outils et procédures thérapeutiques. Du côté du sujet quant à lui, cela offre la possibilité d'un transfert d'apprentissage de compétences pour faire face à divers troubles mentaux (Nef et al., 2012) ou diverses difficultés. Par exemple, il existe une comorbidité importante entre la dépression et les troubles anxieux. En apprenant des stratégies générales aux patients pour faire face aux pensées anxieuses, celui-ci pourra étendre cet apprentissage à des pensées négatives relatives au trouble dépressif.

Enfin, elle facilite le transfert des connaissances acquises dans un domaine clinique à d'autres domaines moins explorés (Nef et al., 2012).

1.5 Traitement

La dépression étant une maladie de plus en plus répandue et de plus en plus handicapant au quotidien, les traitements constituent un réel besoin afin d'aider les personnes qui en sont affectées.

Plusieurs types de traitements existent, ceux-ci étant souvent complémentaires. La première étape, quelle que soit de la prise en charge consiste en une entrevue clinique qui permettra d'établir le diagnostic dépressif, concrétiser la problématique et mesurer l'intensité des symptômes. Cette étape joue un rôle important dans la mesure où cela permettra de proposer un traitement adapté au sujet.

Il existe deux types de traitements qui ont tous deux un mode opératoire distinct : les traitements chimiques dans lesquels sont regroupés les antidépresseurs et les traitements chimiques non-médicamenteux, et ensuite les psychothérapies. Bien que les données issues de la littérature montrent une efficacité similaire entre ces deux types de traitement, il a été montré que les effets de la psychothérapie se maintiennent sur le plus long terme par comparaison à la psychopharmacologie, faisant donc de ce traitement une meilleure prévention de la rechute (Fansj, Jehanno, Lapalme, Drapeau, & Bouchard, 2015). Par ailleurs,

ces mêmes auteurs mettent en évidence une plus grande efficacité lors d'une combinaison de ces deux traitements au regard de la psychothérapie seule.

Les psychothérapies sont multiples et peuvent différer d'un psychologue à un autre, selon le courant théorique qu'ils adoptent. De plus, ces thérapies évoluent continuellement en même temps que les découvertes en sciences psychologiques. Le but de ce mémoire est comme mentionné précédemment, d'évaluer la présence d'un éventuel lien entre la dépression, la rumination et les biais attentionnels. La finalité qui en découle est d'améliorer la prise en charge thérapeutique chez les patients ayant des pensées négatives répétitives comme symptôme, et ce, en travaillant sur les biais attentionnels.

1.6 Conclusion

La dépression semble affecter un nombre de plus en plus considérable de personnes dans notre société. Le besoin de l'étudier afin de mieux la comprendre revête alors un caractère important d'autant plus que ces conséquences, qui dépendent de la sévérité du trouble, sont multiples et sont relatifs à plusieurs sphères de la vie quotidienne.

La dépression se révèle être un trouble hétérogène à différents niveaux : Tout d'abord par la diversité des profils pouvant exister entre les individus ayant reçu un diagnostic de dépression, faisant ainsi de ce trouble une maladie regroupant de multiples profils cliniques pouvant fortement différer entre ces individus. L'hétérogénéité fait également référence à l'intensité de la maladie allant de légère à sévère et impactant ainsi différemment le fonctionnement du sujet. L'étiologie et les processus impliqués au sein du trouble revêtent eux aussi un caractère hétérogène.

Selon l'approche processuelle basée sur le modèle de Kinderman, cette psychopathologie est le fruit de l'interaction entre des facteurs biologiques, sociaux et circonstanciels qui causeraient à leur tour la perturbation des processus psychologiques. Ces derniers agiraient d'une manière plus directe sur le développement d'un trouble mentale, notamment sur la dépression Nef et al. (2012) vont plus loin en reprenant ce modèle et en y ajoutant des processus interindividuels interférant avec les processus individuels, ainsi que les

conséquences de ces problèmes psychologiques, qui elles peuvent jouent un rôle dans le maintien du trouble mental.

Nous observons donc à travers cette approche le caractère important que jouent les processus psychologiques au sein d'une psychopathologie.

Parmi ces processus, nous nous focalisons à travers ce travail de recherche sur les ruminations mentales. Ce point sera détaillé dans le prochain chapitre.

Chapitre 2 : ruminations et biais attentionnels

Le modèle de Kindermann (2005) que nous avons vu précédemment nous montre que des facteurs biologiques, sociaux et circonstanciels perturbent des processus psychologiques normaux entraînant alors une psychopathologie. Bien que ces processus psychologiques soient multiples dans la dépression (comme par exemple l'estime de soi, le sentiment d'efficacité personnelle, etc.), nous allons nous focaliser sur la rumination dans le cadre de ce mémoire. Nous verrons dans ce point différents modèles visant à expliquer celui-ci, ainsi que de multiples études permettant de nous éclairer sur ses mécanismes d'action et ses différents facteurs de maintien potentiels.

Les troubles de l'humeur tels que la dépression sont constitués de trois types de biais cognitifs, à savoir le biais d'interprétation, le biais de mémoire ainsi que le biais attentionnel. Bien que ces trois-ci favorisent le développement et le maintien de ces troubles, nous allons nous focaliser sur le biais attentionnel dans ce chapitre, et plus particulièrement sur le biais de désengagement de l'attention.

2.1 Ruminations mentales

2.1.1 Définition

Les ruminations dans leur sens global désignent des pensées récurrentes survenant en dehors d'une quelconque sollicitation contextuelle (Mouchabac, 2012). En 1991, Nolen-Hoeksema s'intéresse aux ruminations dans le cadre de la dépression et définit alors les ruminations dépressives comme étant des pensées répétitives et passives liées aux symptômes de la dépression.

La nature processuelle ou symptomatologique de ces pensées n'a à l'heure actuelle toujours pas trouvé de consensus dans la littérature. En effet, certains auteurs tels que Mor et Daches (2015) les considèrent plutôt comme un symptôme résultant d'une difficulté à se dégager de

l'information négative, tandis que d'autres (Watkins et al., 2009) les voient davantage comme un processus entraînant une humeur dépressive.

En outre, la rumination dans son versant pathologique renvoie à la rumination-trait. Celle-ci fait référence à une habitude, une tendance stable à s'engager dans des pensées négatives passives et répétitives (Mor et Daches, 2015). Néanmoins, il n'est pas rare qu'une personne développe des pensées ruminatives à la suite de facteurs contextuels, comme par exemple un évènement stressant. Cependant, cette rumination est adaptative dans son contexte et ne va pas déboucher sur une habitude stable à la rumination. Ce deuxième type de pensée est appelé la rumination-état (Mor et Daches, 2015).

La théorie des styles de réponses développée par Nolen-Hoeksema (1991) est une référence dans la compréhension des ruminations dépressives. Selon cette théorie, les ruminations constituent une réponse à un sentiment de détresse et consistent à focaliser son attention de manière répétitive et passive sur les symptômes dépressifs, sur les causes et conséquences possibles des symptômes (Baeyens, Kornacka, & Douilliez, 2012). Les ruminations conduiraient à la dépression par une augmentation des pensées congruente à l'humeur dépressive, ainsi que par une altération des capacités de résolution de problèmes et une altération d'une mise en place des comportements instrumentaux (Nolen-Hoeksema, 1991 ; Nolen-Hoeksema et al., 2008).

Ces ruminations peuvent néanmoins montrer un caractère adaptatif dans certains contextes. En effet, selon la théorie du mode de traitement (Watkins, 2008), les ruminations peuvent dans certains cas se montrer fonctionnelles dans la mesure où elles se centrent sur le moment présent ainsi que sur la façon dont les évènements se déroulent. En se posant la question de comment ceux-ci se déroulent, ce style cognitif nommé « concret-expérientiel » se montre plus favorable à la résolution de problème et donc plus bénéfique pour le sujet. Cependant, des études (Watkins et al., 2009) montrent que les sujets dépressifs recourent davantage à un mode de rumination abstrait-analytique. Selon Baeyens (2016), ce second style cognitif se caractérise par une orientation de l'attention sur l'analyse abstraite des causes, conséquences, et de la signification d'un état émotionnel ou d'une situation. À la différence du premier où les pensées sont focalisées sur l'ici et maintenant, le mode abstrait-analytique se centre sur le passé ou sur le futur et correspond ainsi davantage aux

ruminations de type ressassement (Treyner, Gonzalez, & Nolen-Hoeksema, 2003) que l'on retrouve chez les personnes dépressives. Ainsi, ces dernières auraient de moindres capacités de résolution de problèmes, ce qui rendrait dès lors ce style de traitement moins adapté.

L'approche transdiagnostique quant à elle, ne se focalise pas sur la nature adaptative ou non de la rumination et conceptualise celle-ci comme étant un processus transdiagnostique. Ainsi, celui-ci jouerait un rôle central dans la formation, le maintien et la récurrence de plusieurs psychopathologies, telles que l'anxiété sociale, les troubles obsessionnels-compulsifs, les stress post-traumatiques, etc. (Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004). Le contenu de ces pensées varie alors selon les préoccupations au cœur de ces pathologies. Néanmoins, ce mémoire portant sur la dépression, nous allons ici nous focaliser sur les ruminations présentes au sein de cette pathologie.

Enfin, il est également intéressant de souligner que les femmes tendent davantage à la rumination que les hommes (Johnson et Whisman, 2013). Une différence liée au sexe s'observe donc au sein des ruminations. En effet, comme évoqué dans le premier chapitre, la dépression serait plus fréquente chez les femmes, notamment dû à leur tendance plus élevée à ruminer. En 2003 Treyner, Gonzalez et Nolen-Hoeksema soulignent une occurrence plus élevée de ressassement chez les femmes dépressives que chez les hommes, qui quant à eux, recourent davantage à une résolution de problème qui tend à se montrer plus efficace.

2.1.2 Ruminations mentales et dépressions

Les ruminations mentales ont pendant de nombreuses années été considérées comme un symptôme pouvant accompagner les autres manifestations de la dépression mais ne modifiant pas le trouble en lui-même et ne nécessitant pas de traitement spécifique (Baeyens, 2016). Parallèlement à cette idée, les cliniciens pensaient que les traitements mis en place pour réduire la dépression devraient s'étendre automatiquement à la rumination (Baeyens, 2016). Les thérapies cognitives, quant à elles, se concentraient sur le contenu des pensées plutôt que sur le processus en lui-même, mettant alors à l'écart un potentiel travail visant la réduction de celui-ci.

Au fil des années cependant, les ruminations mentales ont été la cible d'études ayant pour but d'investiguer leurs rôles dans le trouble dépressif. Ces études suggèrent un rôle fondamental des ruminations dépressives dans cette psychopathologie. En effet, comme le soulignent Nolen-Hoeksema, Wisco et Lyubomirsky (2008), les pensées répétitives négatives jouent un rôle important dans le développement, dans le maintien mais également dans la récurrence et la sévérité de la dépression.

Ainsi, les résultats d'une étude (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1993) où il était demandé aux participants soit de ruminer, soit de se distraire durant huit minutes, mettent en évidence que le ressassement augmente l'humeur négative chez des sujets étant déjà dans un état d'humeur négatif, entraîne plus de pensées négatives, interfère avec la capacité à résoudre des problèmes et est également en lien avec une diminution de la motivation à s'engager dans des activités pouvant potentiellement améliorer leur humeur (Baeyens, 2016).

Ensuite, une étude (Roley, Claycomb, Contractor, Dranger, Armour, & Elhai, 2015) montre la comorbidité qui existe entre le trouble dépressif majeur et le symptôme de stress post traumatique (PTSD), et ce, en termes de ruminations. Les résultats montrent en effet que les sujets ayant un taux élevé de symptômes relatifs au PTSD et qui s'engagent dans des pensées ruminatives ont une probabilité significativement plus élevée de développer des symptômes dépressifs. Toujours d'après ces auteurs, les sujets développant des pensées ruminatives à propos de l'évènement traumatique vécu ou la possibilité d'un traumatisme futur auraient un score plus élevé de dépression.

D'un point de vue plutôt neuropsychologique, Campbell., Marriott., Nahmias et MacQueen (2004) mettent en évidence un volume réduit de l'hippocampe chez les sujets souffrants d'un trouble dépressif majeur. D'autres auteurs (Alderman, Olson, Brush, & Shors, 2016) soulignent que bien que ce volume ne puisse constituer un biomarqueur, l'acquisition et le maintien à court-terme de souvenirs autobiographiques activent l'hippocampe et dépend de l'activité de cette structure cérébrale. Or, ces derniers auteurs définissent également la rumination dépressive comme étant un processus cognitif et affectif dans lequel les

individus récupèrent de tels souvenirs à propos d'expériences passées ou de problèmes récents. Il semblerait alors y avoir un lien entre le volume hippocampique et ce trouble mental, jouant ensuite un rôle sur les ruminations.

Ces études permettent d'illustrer les liens existants entre les ruminations dépressives et la dépression. Cependant, celles-ci ne mettent pas en avant les mécanismes par lesquelles ces ruminations persistent malgré leurs conséquences négatives. Or, la compréhension de ces mécanismes revête un caractère important dans la prise en charge thérapeutique. En effet, afin de réduire les symptômes du trouble mental, il importe de cibler les facteurs de perpétuation de ceux-ci, afin d'orienter les procédures thérapeutiques.

2.1.3 Mécanismes d'action et facteurs de maintien

Afin d'expliquer la façon dont la rumination se maintient à travers le temps, plusieurs théories se sont développées.

Dans un premier temps, Brockmeyer et al. (2015) s'axent sur la théorie cognitive pour expliquer le maintien de la rumination. Pour ces auteurs, celle-ci pourrait avoir une fonction d'évitement. Ils partent ainsi de l'exemple d'une situation sociale. Dans un tel contexte, la rumination pourrait avoir pour fonction d'éviter l'intimité dans les interactions, l'humiliation ou le rejet par les personnes présentes. Dès lors, par la non-occurrence d'une conséquence négative, la rumination peut se maintenir et se renforcer dans le temps – phénomène communément nommé renforcement négatif en psychologie. Ils expliquent ainsi que ce processus aurait alors une fonction de protection dans les situations ressenties comme stressantes ou menaçantes pour l'individu. Cette fonction d'évitement est appuyée par l'étude menée par Eisma, et al. (2014). Dans celle-ci, 54 personnes endeuillées prenaient part à une tâche qui suit le mouvement des yeux (eye-tracking task). Les participants étaient divisés selon leur taux de rumination. Ainsi, l'échantillon se composait de 27 personnes dont le niveau de rumination était élevé, et 27 autres sujets dont le niveau était jugé comme faible. La tâche quant à elle se composait de deux types d'images, à savoir des photos de personnes décédées et des photos d'étrangers, celles-ci étant associées à trois types de

mots : des mots étant liées à la perte, des mots d'une valence émotionnelle négative et enfin des neutres.

Les résultats mettant en évidence que les participants dont le taux de rumination était élevé, montraient davantage de comportements d'évitement envers les stimuli liés à la perte, cela permet de venir corroborer les propos théoriques relatés ci-dessus.

Ensuite, Nolen-Hoeksema, Wisco, et Lyu-Bomirsky (2008) s'axent sur les théories métacognitives et montrent que certains sujets recourent à la rumination dans le but de résoudre leurs problèmes, de mieux se connaître ainsi que de mieux comprendre le trouble dont ils souffrent. Les sujets ruminateurs considèreraient alors leurs ruminations comme étant bénéfique. Le maintien de la rumination serait donc lié aux croyances positives qu'ont ces individus vis-à-vis de la fonction de ce processus. Cependant, Halvorsen et al. (2014) soulignent qu'il existe également chez les personnes dépressives ou dysphoriques, des croyances négatives relatives au contrôle et à la dangerosité des ruminations sur le plan intra et interpersonnel. À titre d'exemple, un sujet pourrait être amené à avoir des pensées telles que « Une fois que je commence à ruminer, je n'ai plus aucune emprise sur ces pensées », ou encore « Si les personnes qui m'entourent remarquent que je rumine, ils vont me tourner le dos ».

Dès lors, ces croyances amènent les sujets à considérer leurs pensées comme incontrôlables et dangereuses ce qui jouent alors un rôle dans le maintien, voire dans l'augmentation de l'humeur négative (Halvorsen et al., 2014).

En outre, selon la théorie des styles de réponses, la rumination est un comportement ayant fait l'objet d'un apprentissage soit par observation d'un modèle pertinent à nos yeux, soit parce qu'il a été impossible pour le sujet d'apprendre ou mettre en place des stratégies adaptatives, ou encore par conditionnement opérant dans lequel le comportement ruminatif est maintenu par renforcement négatif (Baeyens, Kornacka, & Douilliez, 2012).

Ces 3 théories mettent principalement deux facteurs étant à la base du maintien de la rumination. Le premier étant des apprentissages directs ou indirects. Et le second consiste en des stratégies d'adaptation comportementales ou cognitives ayant pour but de maîtriser,

diminuer ou tolérer des situations vécues comme stressantes par l'individu souffrant de ruminations. Ces théories nous offrent l'avantage d'approfondir nos connaissances et notre compréhension des mécanismes dysfonctionnels au cœur de ce comportement ruminateur, pouvant par la suite, nous offrir des pistes d'intervention pour un travail visant la réduction des symptômes dépressifs. En effet, l'identification et la compréhension des processus de maintien du trouble dépressif pourrait conduire à une meilleure efficacité de la prise en charge ainsi que mener à des effets durables plus longtemps sur le long-terme (Watkins, 2015). Ainsi, le travail thérapeutique relatif aux ruminations consistera dans un premier temps à investiguer les croyances positives qu'entretient le patient face aux ruminations, la fonction de celles-ci ainsi que leur apprentissage.

Outre ces dernières, une théorie cognitive relative au contrôle cognitif a vu le jour afin d'expliquer la persistance des pensées négatives répétitives. C'est ainsi que Koster, De Lissnyder, Derakshan et DeRaedt (2011) expliquent que ces pensées seraient sous-tendues par un déficit de contrôle attentionnel chez les personnes qui souffrent de ces ruminations. Hsu et al. (2015) définissent le contrôle attentionnel comme la capacité d'un individu à orienter ou réorienter son focus attentionnel en fonction de ses propres buts ou des demandes de l'environnement. Ainsi, dans la même lignée que Koster et al., d'autres auteurs (Schwert, Aschenbrenner, Weisbrod, & Schröder, 2017), soulignent que les ressources cognitives des personnes dépressives seraient dirigées vers des processus de pensées dépressives et ruminatives non-pertinentes. En outre, ces auteurs expliquent également que les sujets souffrants de rumination présentent une altération de la capacité de déplacement attentionnel ainsi que des difficultés d'inhibition des informations non-appropriées. Mor et Daches (2015) appuient ces données en affirmant que les pensées ruminatives sont liées à des difficultés à inhiber ou à se dégager d'une information non-pertinente. Ainsi, nous pouvons mettre en évidence un lien entre les ruminations et un déficit de contrôle cognitif chez les personnes souffrant de dépression. Ceci rendrait alors difficile pour les sujets de mettre un terme à leurs pensées ruminatives une fois que celles-ci émergent (Mor et Daches., 2015).

Cette dernière théorie met donc en lumière l'existence d'un lien entre la rumination et le contrôle attentionnel. Plus spécifiquement, des déficits dans les processus attentionnels

d'inhibition, de déplacement et de désengagement attentionnels sont décrits comme jouant un rôle important dans le maintien de ces pensées chez les sujets dépressifs. Ces processus déficitaires, appelés biais attentionnels vont être investigués dans la suite de ce chapitre. Plus précisément, nous nous focaliseront sur le biais de désengagement de l'attention sur lequel porte ce mémoire. Nous verrons ensuite comment celui-ci est en lien avec la rumination dépressive.

2.2 Les biais attentionnels

Au fil des années, les recherches dans le domaine de la psychopathologie cognitive se sont multipliées et ont dès lors participées à démontrer l'existence de plusieurs biais cognitifs dans les troubles affectifs tels que la dépression. Ceux-ci peuvent être de différents types : les biais de mémoire, le biais d'interprétation et enfin le biais attentionnels (Blairy, 2016) sur lequel nous allons nous focaliser dans la suite de ce chapitre. L'étude relative aux biais cognitifs revête un caractère important dans le champ de la psychopathologie, dans la mesure où ceux-ci joueraient un rôle tant dans le développement que dans le maintien de certains troubles, et plus particulièrement dans les troubles émotionnels tels que la dépression (Blairy, 2016).

2.2.1 Définition

L'attention est définie comme un ensemble de processus aidant l'individu à organiser et optimiser le traitement d'informations jugées pertinentes à un moment donné (Quistrebert-Davanne, Labat, & Nizard, 2016). Parmi ces processus, nous pouvons citer l'orientation de l'attention vers un certain type de stimulus, le déploiement de l'attention vers un nouveau stimulus ainsi que le désengagement attentionnel d'un stimulus (Posner, 1988).

La dépression est quant à elle caractérisée par un biais attentionnel envers l'information négative. Plus spécifiquement, nous pouvons mettre en évidence deux types de biais saillants chez les sujets souffrants de dépression : un biais anhédonique caractérisé par une

attention réduite vers l'information positive (Winer & Salem, 2017), ainsi qu'un biais de désengagement attentionnel sur lequel nous allons nous attarder dans la suite de ce travail.

2.2.2 Biais de désengagement de l'attention

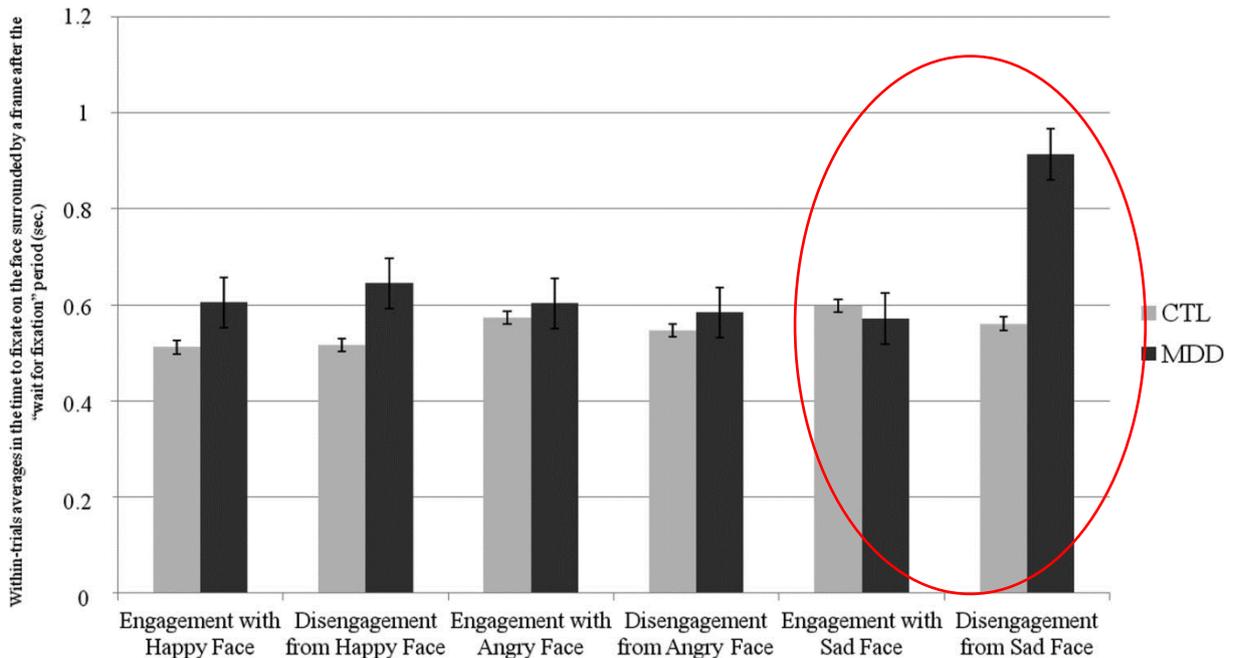
Au contraire du trouble anxieux où nous observons un biais attentionnel caractérisé par une orientation attentionnelle préférentielle envers les stimuli menaçants (biais de vigilance), les sujets dépressifs quant à eux ne présentent pas ce biais envers l'information négative. En effet, Gotlib et Joormann (2010) soulignent que les sujets dépressifs ne détectent pas plus rapidement des stimuli négatifs que des sujets sains. Cependant, ils éprouveraient plus de difficultés à s'en dégager une fois que leur attention a été orientée vers ceux-ci. Ce biais s'illustre alors par un temps de réaction plus long pour détecter des cibles apparaissant dans le champ visuel opposé à celui où se trouvait un stimulus négatif. Ainsi, Duque et Vasquez (2015) mettent en évidence qu'au contraire du trouble anxieux se caractérisant par la présence d'un biais attentionnel lors de la détection de stimuli, le biais attentionnel dans la dépression s'exprimerait quant à lui à un stade ultérieur du processus attentionnel, c'est-à-dire lors du processus de désengagement.

Afin d'illustrer ces propos, voyons l'étude menée par Sanchez, Vazquez, Marker, LeMoult et Joormann (2013). Celle-ci porte sur l'engagement envers le matériel positif et le désengagement attentionnel envers du matériel négatif (visages tristes). Ce mémoire traitant cette deuxième composante de l'attention, nous n'allons décrire ci-dessous que la tâche relative au désengagement.

Pour évaluer la présence de ce biais, les participants ont pris part à une tâche qui suit le mouvement des yeux (eye-tracking task) où il leur était présenté des paires de visages combinant pour chaque essai un visage neutre à un visage triste, en colère ou heureux. La tâche du participant était de regarder le visage émotionnel durant 3000 ms et d'ensuite répondre le plus rapidement possible à une forme (un carré ou un rond) se situant sur le visage neutre. Le temps de réaction du participant pour désengager son attention du visage émotionnel était alors calculé via un enregistrement du mouvement des yeux.

Nous pouvons observer ci-dessous un graphique reprenant les résultats de cette étude.

Figure 4 : Résultats de l'étude de Sanchez et al (2103)



Les résultats que nous pouvons observer à travers ce schéma viennent donc corroborer les faits relatés ci-dessus. En effet, les sujets du groupe contrôle (CTL) ne diffèrent pas significativement des sujets dépressifs (MDD) en ce qui concerne l'engagement vis-à-vis des visages tristes mais maintiennent leur attention significativement plus longtemps sur le matériel négatif.

2.2.3 Biais de désengagement de l'attention et dépression

De nombreuses recherches en psychopathologie cognitives se sont penchées sur les troubles de l'humeur, tel que la dépression afin d'élargir les connaissances relatives à ce trouble mental. Étendre les connaissances scientifiques liées à cette maladie se montre tout particulièrement important dans la mesure où comme le souligne Gotlib et (2010) celle-ci affecte non seulement la façon dont un individu se sent, mais aussi la manière dont il perçoit le monde.

Ainsi, les chercheurs ont mis en évidence la présence de biais attentionnels envers des informations négatives au sein de ce trouble. Ceux-ci joueraient un rôle non-négligeable dans l'augmentation de la vulnérabilité d'une personne à développer un trouble dépressif, dans la récurrence de ce trouble (Gotlib & Joormann, 2010) ainsi que dans son maintien.

Ainsi, comme nous l'avons vu dans le point précédent, les sujets dépressifs ne présenteraient pas une rapidité plus accrue en ce qui concerne la détection d'informations négatives mais mettraient néanmoins plus de temps à dégager leur focus attentionnel de ces dernières lorsqu'elles ont capté leur attention. De cette façon, Sears, Thomas, LeHuquet et Johnson (2010) montrent que des étudiants présentant un trouble dysphorique présentent un temps de latence significativement plus long que le groupe contrôle pour désengager leur attention d'image pouvant présenter un lien sémantique ou émotionnel avec leur trouble.

Comme l'explique Joormann et son collègue, (Joormann & D'Avanzato, 2010), ces difficultés de désengagement attentionnel interfèrent avec la régulation des affects négatifs. Ces mêmes auteurs expliquent en effet que ce biais de désengagement empêche les sujets dépressifs à avoir recours à des stratégies de régulation émotionnelle telles que la distraction et l'évitement attentionnel quand ils sont confrontés à des situations aversives. Ces difficultés peuvent alors entraîner le traitement prolongé des stimuli émotionnels et par conséquent, la prolongation de l'humeur négative. En 2013, Sanchez et al. soutiennent également ces propos en soulignant de moins bonnes capacités de rétablissement de l'humeur à la suite d'un évènement stressant chez les personnes présentant ce biais.

En outre, une étude menée par Osinsky, Lösch, Henning, Alexander et MacLeod (2012) propose à 120 étudiants une tâche de détection de sondes (dot probe task). Lors de celle-ci, les participants étaient amenés à discriminer le type de sondes présentées à l'écran à la suite de l'apparition de mots à valence émotionnelle. L'étude menée par ces auteurs met en évidence que les participants chez qui le biais envers l'information négative était le plus élevé en début d'année étaient également ceux qui rapportaient le plus de symptômes dépressifs aux examens de fin d'année.

En 2010, Baert, De Raedt, Schacht et Koster ont mené une étude ayant pour objectif d'évaluer la présence d'un biais désengagement et de déterminer si ce biais varie selon la sévérité du trouble et les composantes cognitives, affectives et somatiques des symptômes. Pour ce faire, une tâche de repérage spatial a été proposée à 95 étudiants répartis en 3 groupes : Un groupe contrôle, un groupe constitué des sujets souffrants de dépression légère, et enfin le groupe faisant référence à la présence d'une dépression modérée à sévère. La tâche des participants étaient alors de répondre le plus rapidement et précisément possible à l'apparition d'une cible se manifestant à la suite d'une présentation de mots positifs, neutres et négatifs. Suite à cela, les participants étaient invités à répondre à la BDI destinée à mesurer les 3 catégories de symptômes.

Deux des résultats obtenus se montrent intéressants dans le cadre de ce mémoire. Premièrement, un déficit de désengagement attentionnel a été observé uniquement chez les participants présentant une dépression modérée à sévère, suggérant ainsi que la présence de ce biais dépend de la sévérité du trouble. Ensuite, l'attention maintenue envers l'information négative est spécifiquement liée à la composante cognitive des symptômes dépressifs.

Notons cependant qu'il existe dans la littérature, des études dont les résultats ne soutiennent pas la théorie qui postule la présence de ce biais de désengagement dans la dépression. Prenons par exemple l'étude menée par Wisco, Treat et Hollingworth (2012). Ces auteurs ont comparé deux tâches évaluant le retrait attentionnel chez des sujets dépressif (groupe expérimental) et non-dépressifs (groupe contrôle). Lors de la première, les participants étaient exposés à une tâche de recherche visuelle impliquant par conséquent le mouvement des yeux. Lors de celle-ci, il leur était demandé de fixer une croix présentée sur un écran. Suite à celle-ci apparaissaient 8 visages dont 7 exprimaient la même émotion. L'objectif des participants était alors de repérer l'intrus parmi ces visages. Ceux-ci restaient apparents jusqu'au moment où le sujet indiquait connaître la réponse en appuyant sur un bouton. Ensuite, il leur était demandé de sélectionner leur réponse sur le dernier écran. La vitesse de réaction pour reconnaître l'intrus constitue alors dans cette tâche l'indice apportant des informations quant au retrait attentionnel.

Lors de la deuxième tâche, les participants étaient également amenés à fixer une croix suite à laquelle apparaissait un visage exprimant une émotion durant 250 ms. Il était demandé aux sujets de fixer les visages et de ne faire aucun mouvement des yeux durant cette présentation. Après celle-ci, un symbole (& ou %) se manifestait à la gauche ou à la droite du visage et l'objectif pour le participant était de discriminer le symbole aussi vite que possible en appuyant sur un bouton. Ici à nouveau, la photo du visage restait apparente jusqu'au moment où le sujet donne sa réponse.

La conclusion que tirent ces auteurs est la même quelle que soit la tâche proposée et se montre contraire aux résultats des études précédemment citées. En effet, Wisco, Treat et Hollingworth n'observent pas chez les sujets dépressifs, un temps significativement plus long pour dégager leur attention du matériel négatif, ce qui suggère dès lors une absence du biais de désengagement chez ces participants. Rappelons néanmoins que l'hétérogénéité est une caractéristique relative à plusieurs composantes du trouble et fait notamment référence à son étiologie et ses manifestations. Comme nous l'explique Krings et ses collègues (Krings, Blairy, Fontaine, Vandriette, & Heeren, A, 2017), celle-ci pourrait alors expliquer ces différences de résultats entre les études. En effet, ces auteurs expliquent que la présence ou non de biais attentionnel chez un sujet dépressif pourrait être liée à la présence de certaines manifestations et/ou processus cognitifs dysfonctionnels, ceux-ci pouvant varier fortement entre sujets dépressifs.

Ainsi, ces difficultés de désengagement attentionnel potentiellement présentes chez un sujet souffrant de dépression, jouent un rôle important dans l'étiologie du trouble et dans son maintien. Peckham, McHugh et Otto (2010) expliquent en effet que ce biais entraîne à court terme une augmentation des affects négatifs, et conduit à des croyances déformées sur le monde à long terme. Cependant, les études menées jusqu'alors n'ont pas permises de trouver un consensus sur la présence ou non de ces difficultés de désengagement dans la dépression. Outre le trouble dépressif, ce mémoire a également pour objectif de tester les liens entre le biais attentionnel de désengagement et la rumination mentale. Dès lors, nous allons décrire dans le point suivant certaines études menées sur ces données et dont les résultats se révèlent intéressants dans le cadre de ce travail.

2.2.4 Biais de désengagement, dépression et rumination mentale

Certaines données empiriques (notamment l'étude de Joormann, Dkane, & Gotlib, 2006) ont permis de démontrer que plus les sujets obtenaient un score élevé à la Ruminative Response Scale (RRS), plus ceux-ci manifestaient un biais attentionnel important envers l'information négative lorsque celle-ci était liée à la dépression. Cependant, LeMoult, Arditte, D'Avanzato et Joormann (2013) mettent en évidence une limite à cette étude. En effet, bien qu'elle nous permette de mettre en lien la rumination à un biais envers l'information négatif, il reste à savoir si cela est dû à une facilité des sujets à s'engager vers ce matériel négatif ou s'il s'agit d'une difficulté à s'en dégager.

En 2016, Grafton, Southworth, Watkins et MacLoed ont mis en place une étude afin d'élucider cette question d'une part et d'évaluer le lien entre le biais de désengagement et les deux composantes de la rumination (ressassement et réflexion).

Préalablement à la tâche attentionnelle, les auteurs ont donc proposés aux participants de remplir deux questionnaires, à savoir la Ruminative Response Scale ainsi que la Beck Depression Inventory – II. Suite à cela, avait lieu la tâche attentionnelle informatisée durant laquelle il était demandé aux participants d'indiquer le plus vite possible si une cible (une petite ligne rouge de 2mm) était orientée de la même façon qu'une présentée précédemment, et ce, après avoir orienté leur attention envers des mots ayant une valence émotionnelle ou des non-mots d'une longueur appariée.

Les résultats qui en ressortent ne permettent pas de mettre en évidence un lien entre la rumination (évaluée avec l'échelle RRS) et des facilités d'engagement attentionnel envers l'information négative mais soulignent cependant l'existence d'une association entre ce processus psychologique et des difficultés de désengagement du matériel négatif. En outre, les résultats n'indiquent pas une implication différentielle du ressassement ou de la réflexion dans le biais de désengagement et suggèrent ainsi que la présence du biais est associée à la rumination de façon générale et non pas à une de ses composante spécifiquement.

Ensuite, nous avons vu dans le point consacré aux mécanismes d'action et facteurs de maintien de la rumination, que celle-ci était associée à des déficits de contrôle attentionnel se manifestant par des difficultés d'inhibition ou de désengagement des informations non-pertinentes. De pauvres capacités de contrôle engendraient ainsi un taux plus élevé de ruminations. L'étude menée par Hsu et al. (2015) avec des sujets cliniques permet de confirmer ces propos et met en lumière le rôle médiateur que joue les ruminations dans la relation existante entre le contrôle cognitif et la dépression. En effet, ces faibles capacités de contrôle entraîneraient un taux plus élevé de rumination, résultant par la suite à une augmentation de la sévérité des symptômes dépressifs (Hsu et al., 2015).

Enfin, une tâche informatisée en vue de modifier les biais attentionnels a été mise en place par Yang, Ding, Dai, Peng et Zhang (2015) afin de d'évaluer l'effet d'une telle tâche sur les symptômes dépressifs à long-terme. Cette étude a permis de démontrer une diminution des biais attentionnel ainsi qu'une réduction des symptômes dépressifs chez les participants de leur étude. En outre, il est important à relever que cette réduction s'est poursuivie durant les 3 mois qui ont suivi l'expérimentation et qu'un pourcentage important de l'échantillon a maintenu un niveau asymptotique durant les 7 mois suivants. Par ailleurs, et pour appuyer les faits relatés dans le paragraphe précédent, l'étude de Yang et al. met en évidence le rôle médiateur des ruminations dans la réduction des symptômes dépressifs. Ainsi, ces auteurs expliquent que la réduction des symptômes résulte d'une modification des ruminations et non pas d'une modification directe des biais attentionnels, qui elle, contribue directement à une diminution du processus ruminatif.

2.3 Conclusion

Deux grands points ont été développés à travers ce chapitre : les ruminations mentales ainsi que les biais attentionnels. Les premières constituent un des symptômes de la dépression et font références à des cognitions négatives et répétitives caractérisées par un processus évaluatif. Celles-ci occupent un rôle important dans le développement, dans le maintien ainsi que dans la récurrence et la sévérité du trouble dépressif. Plusieurs théories ont vu le jour afin d'expliquer la persistance de ces pensées négatives, notamment une théorie cognitive suggérant la présence de biais attentionnels dans le trouble dépressif. Parmi ces

biais attentionnels, nous pouvons citer le biais de désengagement de l'attention sur lequel porte ce mémoire, celui-ci faisant référence aux difficultés qu'éprouve un sujet dépressif à désengager son focus attentionnel du matériel négatif.

L'investigation de ce biais se montre particulièrement intéressante dans le champ de la psychologie à la vue des observations que nous trouvons dans la littérature mettant en évidence un lien entre ce biais et la rumination mentale, et de façon plus générale, entre celui-ci et la dépression. De façon plus précise, les données empiriques permettent de mettre en lumière le rôle médiateur que joue la rumination mentale dans la relation entre le biais attentionnel et la dépression.

Chapitre 3 : questions de recherches et hypothèses

Nous pouvons trouver dans la littérature de nombreuses études mettant en évidence un lien entre la dépression et les biais attentionnels. De façon plus précise, ce trouble ainsi que la rumination ont été associés avec le biais attentionnel de désengagement de l'attention de l'information négative.

Cependant, certaines études n'observent pas la présence d'un tel lien chez les sujets souffrants de dépression et ne permettent donc pas de confirmer la présence de difficultés de désengagement attentionnel.

Dans la poursuite des études menées jusqu'alors, ce mémoire a comme objectif principal d'investiguer les liens entre la présence d'un nombre significatif de symptômes dépressifs (> 5) et la présence d'un biais de désengagement attentionnel. Celui-ci sera objectivé par le temps mis par les participants pour se dégager de visages ayant une valence émotionnelle triste, neutre ou joyeuse. Pour ce faire, une tâche de sondage spatial a été proposée aux participants s'étant prêtés à notre étude, celle-ci calculant et enregistrant la vitesse de réaction de chaque sujet.

Par la suite, nous investiguerons les liens entre la rumination mentale, évaluée par une échelle auto-rapportée et le biais de désengagement.

Ainsi, nous testerons les deux hypothèses suivantes :

- 1. Il existe un lien entre la dépression et le biais de désengagement, se manifestant par un temps de réaction plus long pour se dégager des visages tristes chez les sujets dépressifs.*
- 2. Il existe un lien entre le biais de désengagement attentionnel et la rumination.*

Outre ces deux hypothèses, diverses analyses seront réalisées dans le but de pousser plus loin nos investigations ou afin d'observer si les résultats obtenus à partir de notre échantillon sont en adéquation avec les données empiriques.

Partie 2 : empirique

Cette deuxième partie du mémoire est dans un premier temps consacré à l'explication de la méthodologie mise en place afin de tester nos deux hypothèses. Pour ce faire, plusieurs points seront abordés. Tout d'abord, nous décrirons l'échantillon de sujets ayant pris part à cette étude, les méthodes de recrutement de celui-ci, ainsi que certaines échelles administrées. L'étude s'inscrivant dans une recherche plus large investiguant les liens existants entre l'humeur, les biais attentionnels et le niveau d'engagement dans des activités, nous nous focaliserons ici sur les échelles spécifiques à notre sujet de recherche.

Nous présenterons ensuite l'ensemble des résultats obtenus suite aux traitements statistiques des données récoltées. Enfin, une partie discussion, où seront envisagées les différentes limites pouvant être soulignées dans ce travail ainsi qu'une proposition de piste pour les améliorer sera proposée.

Chapitre 4 : méthodologie

4.1 Participants

L'étude s'est réalisée à l'aide d'une population se composant de 51 sujets tout-venants. Cependant, une deuxième étudiante ayant administré à un autre groupe les mêmes échelles et les deux mêmes tâches informatisées, nous avons regroupé l'ensemble des participants de manière à obtenir un échantillon comportant 101 participants.

Malgré les critères de recrutement relativement larges, certains éléments sont néanmoins à prendre en considération avant de pouvoir se prêter à l'étude. Ainsi, les sujets devaient être âgés de dix-huit ans au minimum et cinquante-cinq ans au maximum au moment de la passation des différentes tâches. Le deuxième critère pour que les sujets puissent participer était de porter leurs lunettes ou lentilles en cas d'une mauvaise vue et ce, afin de ne pas créer de biais dans le temps de réaction de la tâche évaluant la présence d'un biais attentionnel.

Ensuite, afin d'éviter de créer d'autres déviations potentielles dans l'obtention et l'analyse des résultats, plusieurs critères ont été exclus, à savoir : l'abus de substances durant les 3 dernières années ainsi que des problèmes de dépendance à l'alcool ou à une autre substance, la présence d'antécédents neurologiques tels qu'un accident vasculaire cérébral, une thrombose etc., la présence de troubles psychotiques, la présence de certains traitements médicamenteux ainsi que la prise d'anxiolytiques durant la séance.

4.2 Procédure de recrutement

Après avoir reçu un avis favorable par le comité d'éthique de l'Université de Liège, le recrutement de l'échantillon a pu commencer. Pour ce faire, plusieurs annonces sur lesquelles était décrite brièvement l'étude ont été épinglées sous forme d'affiches à travers les bâtiments de l'université ou ont été propagées sur les réseaux sociaux. Le contact avec les sujets se faisait par la suite par l'intermédiaire de ce même réseau social en cas d'une personne proche, ou bien via l'adresse e-mail indiquée sur l'affiche dans le cas contraire.

Le lieu de rencontre était variable d'un sujet à l'autre et se faisait à l'endroit de leur choix pour autant qu'il soit exempt de toutes sources de distractions potentielles et que l'endroit ne soit pas trop lumineux. Ainsi, les sujets étaient soit vus chez eux, à notre domicile ou dans un local de l'université.

Les entretiens se déroulaient quant à eux de façon similaires quant à l'ordre de passation de l'étude : En premier lieu, les participants recevaient une lettre d'informations (annexe 1) reprenant les informations nécessaires à la réalisation de l'étude et sur laquelle ils disposaient également d'un espace où indiquer leur adresse e-mail s'ils désiraient obtenir les résultats généraux de l'étude lorsque celle-ci sera terminée. Ensuite, s'ils marquaient le souhait de participer à l'étude, ceux-ci étaient invités à donner leur accord par écrit – consentement éclairé (annexe 2) formulaire qui reprend également l'énonciation de leurs droits de regard et de protection des données de la vie privée tout au long de l'étude.

Suite à cela, il leur est proposé de remplir et accomplir les différents questionnaires et tâches informatisées, toujours selon le même ordre. Ces deux dernières étaient cependant présentées selon un ordre inverse pour chaque participant. Pour celles-ci également, l'ordinateur était placé à une hauteur qui correspondait à la hauteur de leur vue et celui-ci était positionné à soixante centimètres d'eux.

Le timing de fin de passation comprend un moment de discussion entre l'étudiant et le sujet qui s'est prêté à l'étude. Une « Lettre de débriefing (annexe 3) » est fournie, expliquant les objectifs de recherche de l'étude et indiquant les coordonnées des responsables et initiateurs de cette étude afin de pouvoir prendre contact s'il le souhaite.

4.3 Matériel

4.3.1 Questionnaire de données sociodémographiques – Annexe 4

Ce premier questionnaire, pour lequel je restais à côté des participants de façon à ce que la complétion se fasse de manière coopérative, a pour objectif de récolter une série d'informations sur ceux-ci telles que leur pays d'origine, leur statut socio-professionnel, leur

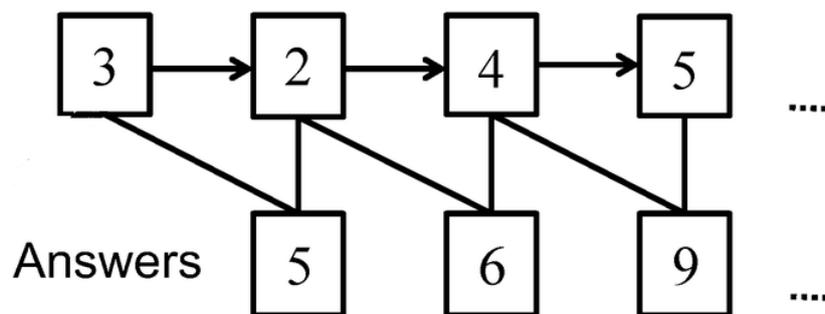
nombre d'années d'études réussies, etc. De plus, celui-ci nous permettait de s'assurer que le sujet n'avait aucun critère d'exclusion l'empêchant de pouvoir prendre part à l'étude.

4.3.2 Paced Auditory Serial Addition Test (PASAT)

La PASAT constitue la première tâche informatisée (ou deuxième selon l'ordre de passation) composée de 4 séries de 15 chiffres apparaissant un à un à l'écran. Lors de celle-ci, il est demandé au sujet d'additionner les différents chiffres et de donner la réponse à voix haute, come illustré sur la figure 5.

La littérature suggère que les biais attentionnels pourraient être causés chez un individu par des difficultés au niveau de ses ressources cognitives (Schwert et al. 2017), dont des déficits d'inhibition (Joormann, 2004). Ainsi, la PASAT étant une tâche évaluant certaines fonctions cognitives telles que l'attention, l'inhibition et la mise à jour, celle-ci se montre donc intéressante dans le cadre de ce travail.

Figure 5 : Illustration de la PASAT



4.3.3 Tâche de sondage spatial

Cette deuxième (ou première suivant l'ordre de passation) tâche informatisée a une durée de dix-sept minutes et a pour objectif d'investiguer la présence d'un biais attentionnel.

Celle-ci se compose de quatre types de stimuli présentés sur un fond d'écran noir : un astérisque apparaissant de façon systématique, des croix présentées durant 1000ms et qui étaient occasionnellement remplacées par des chiffres à prononcer à haute voix, et des

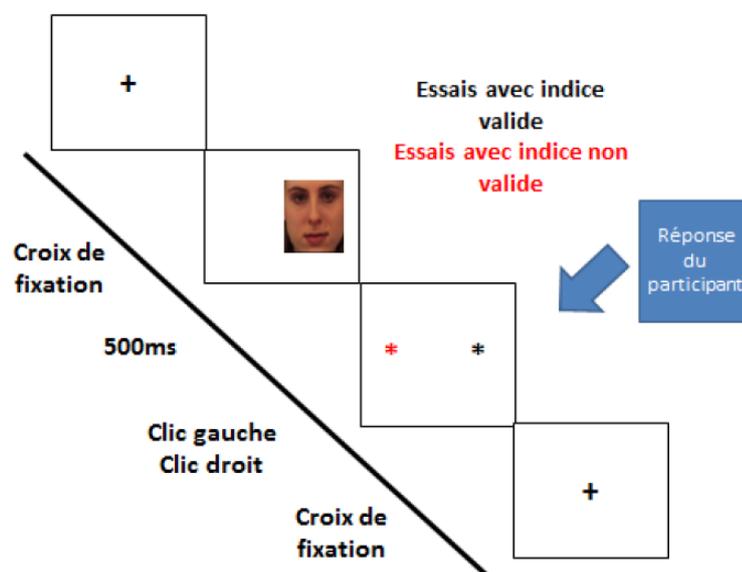
photos de visages apparaissant de façon variable durant 1000ms également. Ces derniers se divisaient selon trois valences émotionnelles différentes, à savoir quatorze photos de visages neutres, quatorze négatifs et quatorze positifs. Pour chaque modalité de visage, il y avait sept photos de visages masculins et sept féminins. Les indices quant à eux, étaient soit valides (l'astérisque se trouvant du même côté de l'écran que l'apparition du visage), soit invalides (l'astérisque se trouvant du côté opposé à l'apparition du visage).

Les participants avaient pour consigne de fixer la croix, apparaissant toujours au centre de l'écran, ainsi que les visages lorsque ceux-ci apparaissaient. Il leur était ensuite demandé d'indiquer le plus rapidement et précisément possible le lieu d'apparition de l'astérisque (*). Ainsi, si celle-ci apparaissait à gauche de l'écran, leur tâche était d'appuyer sur le bouton gauche de la souris, et sur le bouton droit si son lieu d'apparition se trouvait à droite de l'écran. En cas d'erreur, un bip sonore retentissait.

La vitesse et la précision revêtaient un caractère important dans la mesure où c'est à travers ces éléments que la présence potentielle d'un biais attentionnel sera évaluée.

Les photos de visages présentes dans cette tâche avaient un format de 280x280 pixels. 9,88cm x 9,88cm.

Figure 6 : Illustration de la tâche de sondage spatial



4.3.4 Échelle de dépression de Beck (BDI-II) (Beck, Steer et Brown, 1996) – Annexe 5

Cette échelle auto-rapportée est destinée à évaluer la présence de symptômes dépressifs ainsi que leur sévérité. Les vingt-et-un items de celle-ci font effectivement référence aux symptômes du trouble dépressif, tel que nous les avons décrits dans le premier chapitre.

Pour chacun des items, le sujet est invité à choisir la proposition, allant de 0 à 4, qui décrit le mieux comment il s'est senti au cours des deux dernières semaines incluant le jour même où il remplit le questionnaire.

Un sujet obtenant un score total se situant entre 0 et 11 indique l'absence d'une symptomatologie dépressive, un score se situant entre 12 et 19 révèle une dépression légère, un score entre 20 et 27 une dépression modérée et un score entre 28 et 63 suggère la présence d'une dépression sévère.

4.3.5 Ruminative Response Scale (RRS) (Treyner, Gonzalez et Nolen-Hoeksema, 2003) – Annexe 6

Cette échelle composée de vingt-deux items a pour but d'évaluer la tendance qu'a une personne à ruminer. Celle-ci peut être subdivisée en deux sous-échelles : le ressassement (mode de pensée abstrait-analytique) et la réflexion (mode de pensée concret-expérientiel).

Lors de la complétion de ce questionnaire, le sujet est invité à indiquer à quelle fréquence il fait ce qui est mentionné lorsqu'il se sent découragé, triste ou déprimé, sur une échelle allant de « presque jamais », à « presque toujours ». Elle investigate ainsi la fréquence des pensées ruminatives en réponse à un sentiment de tristesse ou une humeur dépressive (Baeyens, Kornacka et Douilliez, 2012).

Chapitre 5 : résultats

Cette partie a pour but de mettre à l'épreuve les différentes hypothèses que nous jugions pertinentes dans le cadre de ce travail de recherche, et ce, à l'aide de différentes analyses statistiques. Celles-ci ont été réalisées à l'aide de la version 13 du logiciel STATISTICA. Pour l'ensemble de ces tests, le seuil de significativité a été fixé à $p = .05$.

Préalablement aux analyses, nous avons procédé à un test de Kolmogorov-Smirnov (par défaut sur STATISTICA) afin de tester l'hypothèse de normalité de la distribution de l'ensemble de nos variables. Un résumé de ces résultats se trouve en annexe (annexe 7). Nous pouvons constater que la plupart des variables pertinentes dans le cadre de ce mémoire se distribuent normalement. En effet, seuls les scores obtenus à la PASAT et à la BDI ne respectent pas cette normalité de distribution. Néanmoins, nous pouvons constater que la probabilité de dépassement relatif à la BDI est de .05, ce qui représente le seuil de significativité. Par conséquent, nous avons privilégié les tests paramétriques compte tenu de leur robustesse.

Avant de débiter toute analyse, nous avons supprimé pour chaque catégorie d'indice les valeurs inférieures ou supérieures à 1.96 écart-type afin de garantir la représentativité des données.

Nous avons également calculé, pour chaque valence émotionnelle des visages, le cue validity index (CV). Nous obtenons cet indice en soustrayant le temps de réaction des indices valides, des indices invalides ($RT \text{ invalid cue} - RT \text{ valid cue}$). La valeur ainsi obtenue nous informe quant à l'orientation de l'attention du sujet durant la tâche. Un CV positif indique que le focus attentionnel du participant était orienté sur le visage tandis qu'une valeur négative suggère que l'attention était orientée ailleurs (Koster, De Raedt, Goeleven, Franck & Crombez, 2005).

La présentation de ce chapitre commencera par la description de notre échantillon en ayant recours aux statistiques descriptives via différents tableaux récapitulatifs. Nous présenterons également les résultats à l'échelle de rumination (Ruminative Response Scale) ainsi qu'à ses

deux sous-échelles (ressassement et réflexion) et à la PASAT. En outre, nous exposerons Cue Validity effect (CV) pour les visages correspondant à chaque valence émotionnelle.

Nous nous focaliserons ensuite sur les différentes analyses effectuées, que nous avons jugées pertinentes, ainsi que sur l'interprétation de leurs résultats respectifs. L'organisation de ces différentes analyses se divisera quant à elle en fonction des variables étudiées.

5.1 Statistiques descriptives

5.1.1 Données sociodémographiques

Le tableau suivant décrit l'ensemble de notre échantillon sur base de données sociodémographiques, celles-ci étant divisées selon la présence significative de symptômes ou non.

Comme mentionné dans la partie consacrée à la méthodologie, les scores obtenus à cette échelle se divisent habituellement en 4 groupes selon l'intensité de la dépression. Dans le cadre de ce travail, nous avons cependant choisi de ne pas tenir compte de cette répartition et de créer les deux groupes évoqués ci-dessus en vue non pas de comparer des intensités différentes de dépression, mais de comparer plutôt un groupe présentant un nombre considérable de symptômes de ceux qui n'en présentent pas, ou peu.

Tableau 1 : Données sociodémographiques de l'échantillon (N = 101)

	BDI < = 5		BDI > 5	
	Absence de dépression		Présence de symptômes dépressifs	
	N = 31		N = 70	
Score BDI	M = 2.55 (1.75)		M = 13.04 (8.33)	
Moyenne d'âge	M = 30.19 (10.47)		M = 29.90 (11.33)	
Sexe				
Femme	N = 19	61.29%	N = 48	15.07%
Homme	N = 12	38.71%	N = 22	32.88%
Prise d'antidépresseur	N1* = 1		N1 = 3	
	N2 = 30		N2 = 67	
Traumatisme < 6 mois	N1 = 7		N1 = 18	
	N2 = 24		N2 = 52	
Statut socio-professionnel				
<i>Étudiant(e)</i>	8/31		25/70	
<i>Ouvrier(ière)</i>	2/31		9/70	
<i>Employé(e)</i>	10/31		19/70	
<i>Cadre</i>	1/31		0/70	
<i>Indépendant(e)</i>	3/31		2/70	

Mère/Père au foyer	1/31	4/70
Sans emploi	4/31	7/70
Retraité(e)	0/31	0/70
Autre	2/31	4/70
État civil		
Célibataire	22/31	54/70
Marié(e)	6/31	11/70
Cohabitant légal	1/31	2/70
Divorcé(e)/Séparé(e)	2/31	1/70
Veuf(ve)	0/31	2/70
Autre	0/31	0/70

*N1 = Oui et N2 = Non

5.1.2 Indices des temps de réaction

Le tableau ci-dessous reprend les caractéristiques des différents temps de réaction pour chaque valence émotionnelle, celles-ci étant divisées selon l'indice de validité. L'indice de validité peut être rappelons-le soit valide, soit invalide. Dans le premier cas, l'astérisque apparaissait du même côté que l'apparition du visage, et inversement dans le cas d'indice non-valide.

Tableau 2 : Temps de réaction aux différentes modalités émotionnelles et indices de validité

	Valence émotionnelle des visages					
	Négative		Positive		Neutre	
	Validité					
	Essais valide	Essais invalide	Essais valide	Essais invalide	Essais valide	Essais invalide
Moyenne	473.12	459.55	481.45	461.97	477.50	461.05
Ecart-type	80.92	80.06	87.76	80.47	84.20	82.65
Cue-validity	- 13.56		-19.50		-16.45	

5.1.3 Résultats aux différentes échelles

Pour terminer ce point consacré aux statistiques descriptives, voici 3 tableaux. Le premier correspond aux scores obtenus à la Rumination Response Scale (RRS) et ses deux sous-échelles (ressassement et réflexion), ainsi qu'à la PASAT.

Le second expose les temps de réactions pour chaque valence émotionnelle des visages (CV). Enfin, le troisième nous informe quant à la moyenne de réponses lentes et de mauvaises réponses selon le groupe BDI.

Pour ces deux tableaux, nous avons à nouveau ici distingué les résultats en fonction de la sévérité de la dépression.

Tableau 3 : Résultats aux différentes échelles et sous-échelles

	BDI <= 5	BDI > 5
	Absence de dépression	Présence de symptômes dépressifs
Scores RRS	M = 41.03 (9.69)	M = 49.77 (10.70)
Ressassement	M = 9.09 (3.01)	M = 11.93 (3.44)
Réflexion	M = 10.61 (3.43)	M = 10.81 (3.24)
PASAT	M = 50.52 (11.34)	M = 49.94 (9.16)

Tableau 4 : Temps de réaction correspondant aux différentes valences émotionnelles des visages

	Moyennes et écarts-types	
	BDI <= 5	BDI > 5
	Absence de dépression	Présence de symptômes dépressifs
CV neutre	-25.22 (46.43)	-12.56 (38.21)
CV triste	-14.24 (28.28)	-13.26 (41.14)
CV joyeux	-29.02 (36.81)	-15.27 (36.99)

Tableau 5 : Taux de réponses lentes et mauvaises réponses selon le groupe BDI

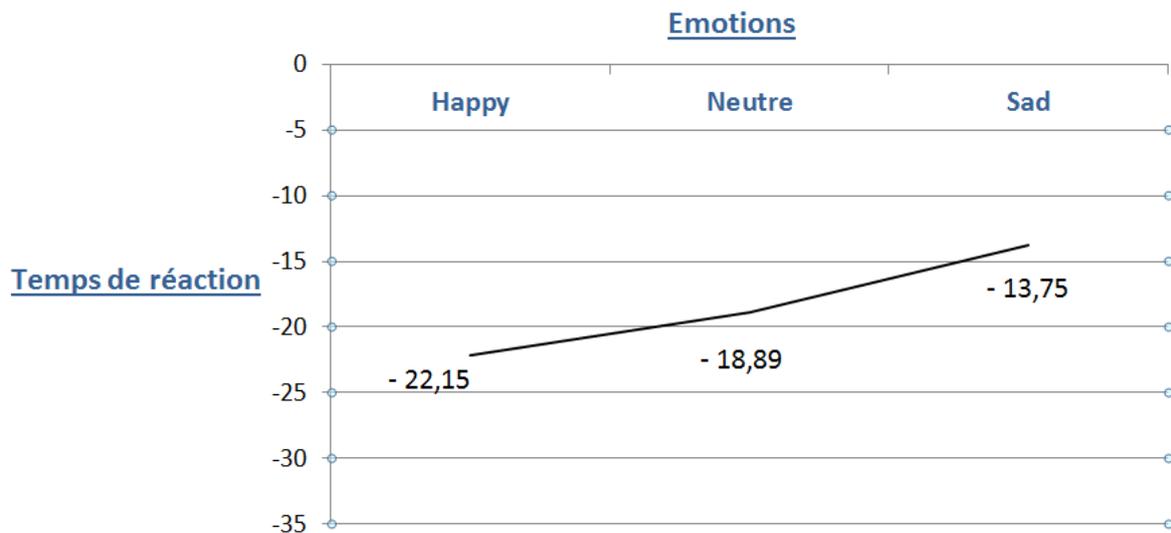
	Moyennes et écarts-types	
	BDI < = 5 Absence de dépression	BDI > 5 Présence de symptômes dépressifs
Réponses lentes	6.68 (1.85)	7.27 (1.69)
Mauvaises réponses	1.77 (1.74)	2.16 (1.95)

5.2 Analyses des résultats

5.2.1 Hypothèse principale

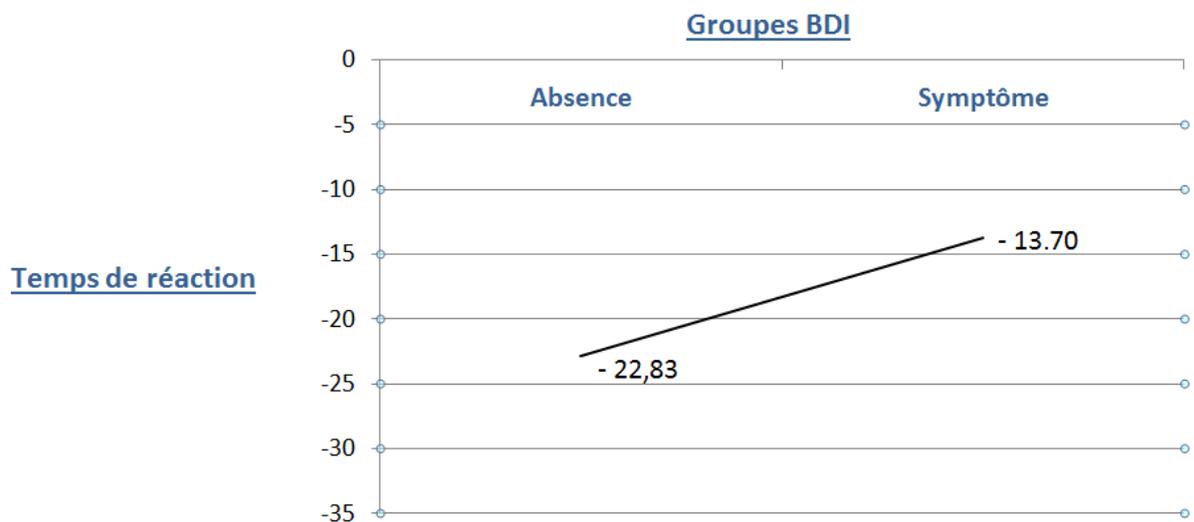
Dans un premier temps, et ce dans le but de mettre à l'épreuve notre première hypothèse selon laquelle il y aurait une différence significative du temps de réaction selon la valence émotionnelle du visage et selon la présence significative (> 5) ou non (≤ 5) de symptômes, nous avons réalisé une ANOVA (analyse de variances) à mesures répétées. Les résultats obtenus ne révèlent pas un effet principal de l'émotion du visage ($F(2, 198) = 2.06$ et $p = .13 > .05$). Dès lors, nous ne sommes pas en mesure d'affirmer que les temps de réaction diffèrent selon la valence émotionnelle du visage, et ce quel que soit le groupe BDI.

Graphique 1 : Temps de réaction selon les différentes valences émotionnelles des visages



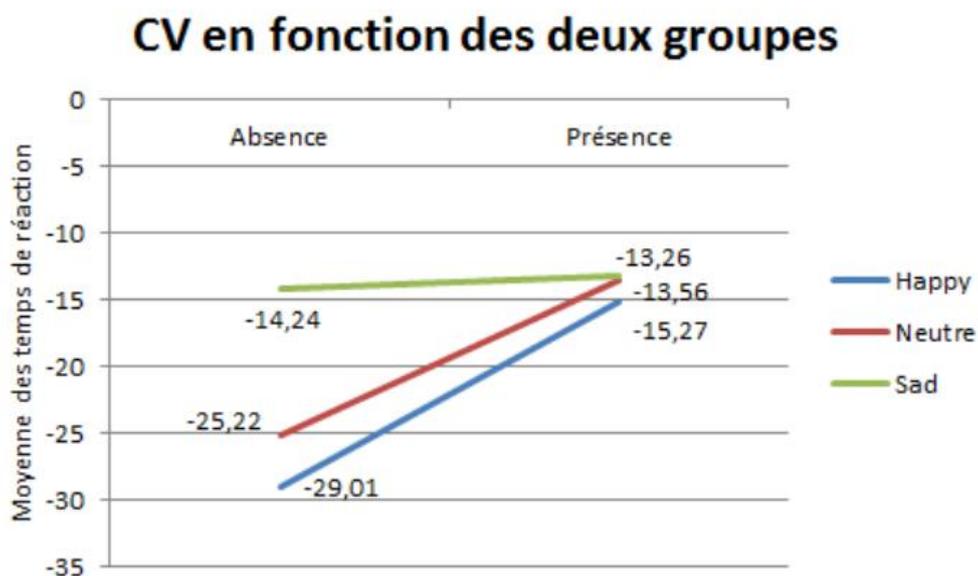
Ensuite, nous n’observons pas non plus d’effet principal du groupe. Cela signifie que la présence significative ou non de symptômes ne semble pas influencer le temps de réaction, et ce quelle que soit l’émotion du visage ($F(1, 99) = 1.81$ et $p = .18 > .05$).

Graphique 2 : Temps de réaction selon le groupe BDI



Enfin, nous n’observons pas d’effet significatif de l’interaction entre la présence de symptômes et l’émotion des visages ($F(2, 198) = 1.44$ et $p = .24 > .05$). Par conséquent, nous ne pouvons pas affirmer que la présence ou non de symptômes dépressifs joue un rôle en ce qui concerne le temps de réaction en fonction de l’émotion présentée.

Graphique 3 : Interaction entre les variables symptômes, émotions et groupes BDI



Notre étude a pour but de tester l'hypothèse selon laquelle il existerait un lien entre la dépression et le biais attentionnel de désengagement. Or, un biais de désengagement est rappelons-le, une difficulté à se dégager des stimuli négatifs une fois que l'attention a été orientée vers ceux-ci. Cela implique donc un premier temps, une orientation vers l'information négative. Or, ne pouvant observer une orientation significative vers les visages tristes et CV triste étant négatif, il est dès lors non pertinent d'investiguer la présence d'un tel biais dans notre échantillon.

Par la suite, nous nous sommes également interrogés quant à l'effet de la variable indice sur le temps de réaction. Pour ce faire, nous avons réalisé une ANOVA dont les résultats significatifs ($F(1,100) = 27.74$ et $p < .001$) mettent en évidence une influence de l'indice sur les temps de réaction. Cependant, nous n'avons pas réalisé d'analyses post-hoc car celles-ci reviendrait à évaluer la présence du biais de désengagement, hypothèse que nous venons de réfuter.

5.2.2 Résultats des analyses relatives à l'échelle de dépression de Beck (BDI-II)

Premièrement, nous avons réalisé une corrélation entre score total à la BDI et le CV triste dans le but d'évaluer le lien entre l'orientation attentionnelle envers les visages tristes et les scores obtenus à l'inventaire de dépression. Le résultat de la corrélation ainsi effectuée ne montre pas de lien significatif ($r(101) = 0.14$ et $p = .16 > .05$). Par conséquent, nous ne sommes pas en mesure de conclure qu'il existe un lien entre les résultats à la BDI et l'orientation attentionnel du sujet envers les informations négatives.

Ensuite, l'hétérogénéité étant une caractéristique saillante de la dépression, nous avons souhaité corréler les 3 catégories de symptômes (cognitifs, affectifs et somatiques) avec les différents CV. Celles-ci ne mettent en évidence que des liens significatifs entre le CV neutre et les manifestations affectives ($r(101) = .22$ et $p = .03 < .05$) ainsi qu'entre ces dernières et le CV triste ($r(101) = .23$ et $p = .02 < .05$). Ainsi, au vue de ces résultats et de la valeur négative du CV, nous pouvons affirmer que plus les sujets souffrent de manifestations affectives, moins ils orientent leur attention envers les visages neutres et tristes.

Enfin, le ralentissement psychomoteur constituant un des symptômes de la dépression, nous avons souhaité corréler le score obtenu à la BDI avec le taux de réponses lentes. La corrélation ainsi effectuée entre ces deux variables ne nous permet pas d'inférer à la population, l'existence d'un lien significatif entre ces deux dernières ($r(101) = .08$ et $p = .41 > .05$).

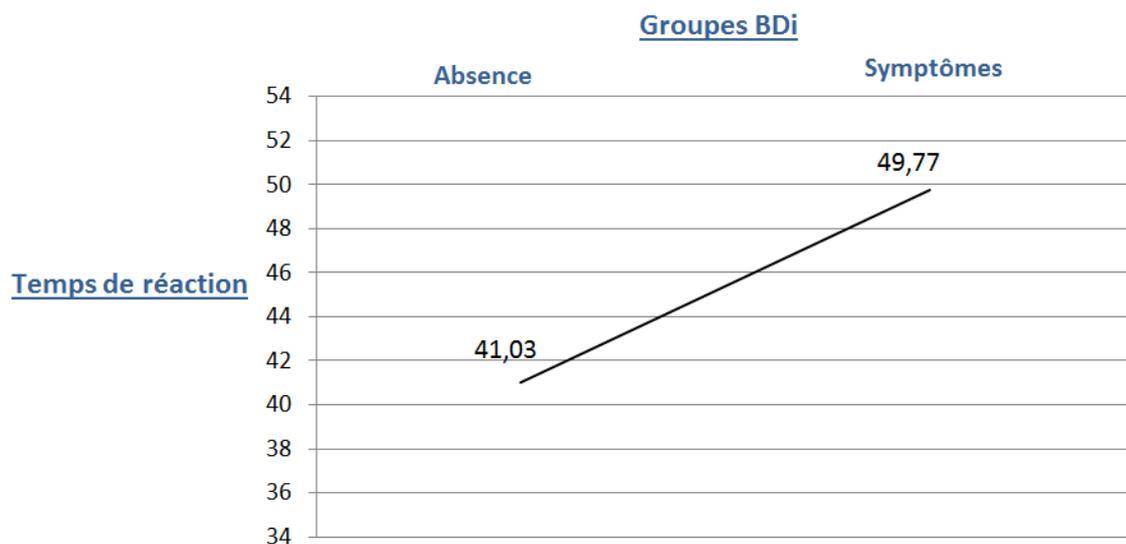
5.2.3 Résultats des analyses relatives à la Rumination Response Scale (RRS)

La rumination étant un comportement associé à la dépression, il nous a semblé pertinent de vérifier le lien que ce processus entretient avec ce trouble mental. Les résultats de la corrélation effectuée sur ces deux variables soulignent un lien significatif ($r(101) = .55$ et $p = .00 < .05$), ce qui permet de confirmer l'association entre la rumination et la dépression.

Deux autres analyses nous ont permis d'approfondir ces résultats : Tout d'abord, une régression linéaire nous a permis de démontrer que la rumination explique 29% des scores

obtenus à la BDI et inversement. Ensuite, une différence significative aux scores de la RRS a été observée selon les deux groupes de la BDI, grâce à une ANOVA simple ($F(1, 99) = 15.15$ et $p = .00 < .05$). L'analyse des moyennes effectuée nous permet d'affirmer que les scores à l'échelle de rumination se révèlent être plus élevés chez les personnes présentant un score significatif de symptômes ($M = 49,77$, $SD = 1.74$) comparativement à celles qui ne présenteraient pas ou peu de symptômes ($M = 41.03$, $SD = 1.28$).

Graphique 4 : Score obtenu à la rumination selon le groupe BDI



Ensuite, notre deuxième hypothèse de recherche suppose que les personnes ayant un taux élevé de rumination présenteraient un biais de désengagement. Dans le but de vérifier cette hypothèse, une corrélation a été effectuée sur les variables « RRS total » et « CV négatif » afin d'observer dans un premier temps s'il existe un lien entre ces deux variables. Celle-ci ne nous permettant pas de conclure à un lien significatif ($r(101) = -.04$ et $p = .66 > .05$), nous avons entrepris la même démarche avec les deux sous-composantes de cette échelle. Les résultats qui en ressortent : ($r(101) = -.03$ et $p = 1.00 > .05$) pour le ressassement et ($r(101) = -.02$ et $p = .82 > .05$) en ce qui concerne la réflexion nous amènent à tirer les mêmes conclusions. Par ailleurs, une régression multiple effectuée sur le temps de réaction et les deux sous-échelles de la rumination nous indique que la réflexion et le ressassement n'influence pas de façon différente le temps que mettent les sujets pour répondre à l'astérisque ($F(2,98) = .06$ et $p = .94 > .05$). Dès lors, ne pouvant pas affirmer la présence d'un lien entre le score obtenu à la rumination avec l'orientation attentionnelle envers les

visages tristes, nous ne pouvons affirmer l'existence d'un biais de désengagement dans notre échantillon. La même conclusion peut être tirée avec le ressassement et la réflexion.

Nous avons ensuite souhaité étudier le lien qu'entretiennent séparément le ressassement et la réflexion avec les scores obtenus à la BDI. La corrélation ainsi réalisée met en évidence un résultat significatif ($r(101) = .52$ et $p = .00 < .05$), suggérant que le score de dépression est lié positivement au ressassement. La même analyse a ensuite été effectuée avec la variable réflexion, celle-ci ne nous permettant pas de conclure à l'existence d'un lien entre cette variable et la BDI ($r(101) = 0.18$ et $p = .55 > .05$). Nous ne pouvons donc pas affirmer que plus les participants ont un score élevé en dépression, plus ils obtiennent un taux élevé en ce qui concerne la réflexion.

Par ailleurs, l'analyse de variance réalisée sur les variables « ressassement » et « Groupes BDI » amène au rejet de l'hypothèse d'égalité des moyennes ($F(1, 99) = 15.66$ et $p = .00 < .05$). Suite à l'analyse des moyennes, nous constatons que les sujets ayant un nombre significatif de symptômes ont une moyenne ($M = 11.93$, $SD = .41$) supérieure au ressassement par comparaison au groupe présentant peu de symptômes ($M = 9.09$, $SD = .54$).

À nouveau ici, nous avons souhaité mettre en lien les 3 types de symptômes évalués à la BDI et le taux de rumination total, le ressassement et la réflexion. Les résultats des corrélations effectuées suggèrent 2 associations significatives : Tout d'abord, nous observons l'existence d'un lien entre les symptômes cognitifs et le score obtenu à la RRS ($r(101) = .22$ et $p = .03 < .05$). Cela signifie alors plus le sujet présente des symptômes cognitifs, plus il obtient un score élevé à l'échelle de rumination. Le deuxième lien significatif s'observe entre le ressassement et la composante affective de la dépression ($r(101) = .34$ et $p = .00 < .05$), suggérant par ce fait qu'un sujet ayant un taux élevé de manifestations affectives, aura également un taux élevé concernant la sous-échelle ressassement.

5.2.4 Résultats des analyses relatives à la Paced Auditory Serial Addition Test (PASAT)

Nous avons vu dans la partie méthodologie de ce mémoire que les biais attentionnels dans la dépression pourraient résulter d'une difficulté pour un sujet à mobiliser ses ressources attentionnels. Pour cette raison, il nous a semblé pertinent de réaliser une analyse entre les scores totaux à cette tâche et l'orientation attentionnelle du sujet envers les stimuli tristes et neutres (CV neutres et CV tristes).

L'analyse des résultats de ces deux corrélations ne nous permet pas de pouvoir affirmer l'existence d'un lien significatif entre les scores à la PASAT et le CV triste ($R(101) = -.15$ et $p = .14 > .05$), ni entre cette même tâche et le CV neutre ($R(101) = .03$ et $p = .79 > .05$).

5.2.5 Résultats des analyses relatives au taux de mauvaises réponses

L'analyse statistique des moyennes nous a permis de mettre en évidence une moyenne de mauvaise réponse chez les participants équivalents à 2.04 avec un écart-type de 1.89. Nous nous sommes alors questionnés quant aux explications potentielles de ces réponses erronées.

Ainsi, nous avons souhaité mettre à l'épreuve la significativité du lien entre les scores de dépression et les mauvaises réponses des participants à la tâche de biais. La corrélation réalisée ne nous permettant pas de mettre en avant des liens significatifs ($R(101) = .06$ et $p = .54 > .05$), nous ne sommes donc pas en mesure d'affirmer qu'il existe dans la population, un lien entre le trouble dépressif et le taux de mauvaises réponses.

Une deuxième analyse a alors été réalisée entre le taux de rumination et ces mauvaises réponses. À nouveau, cette variable n'est pas en mesure d'objectiver la présence d'une explication potentielle, étant donné les résultats non-significatifs de cette corrélation ($R(101) = -.01$ et $p = .89 > .05$).

5.3 Conclusion

Bien que les interprétations des multiples analyses effectuées ne corrèlent pas toujours avec les données de la littérature ou avec nos hypothèses de recherche, plusieurs résultats peuvent néanmoins être mis en lumière dans le cadre de ce travail.

Ceux-ci seront discutés dans la partie prévue à cet effet afin d'investiguer les explications potentielles des différents résultats ainsi que les limites de cette étude pouvant elles-mêmes mener à des pistes de réflexion pour les recherches futures.

Chapitre 6 : discussion

Ce mémoire avait pour objectif principal de mettre à l'épreuve l'hypothèse selon laquelle il existe un lien entre le biais de désengagement de l'attention et la dépression (hypothèse 1), et plus précisément entre ce biais et la rumination (hypothèse 2). Outre ces deux hypothèses, diverses analyses se révélant pertinentes dans le cadre de ce mémoire ont été réalisées.

Tout d'abord, la première analyse statistique effectuée nous permet de faire ressortir 3 résultats : les deux premiers sont liés à l'humeur des visages présentés ainsi qu'aux deux groupes BDI. Ceux-ci nous indiquent que prises séparément, les variables relatives à l'humeur du visage et à la présence significative ou non de symptômes dépressifs ne jouent pas un rôle sur le temps de réaction des participants, et donc sur leur orientation attentionnelle. Cela signifie que le temps que mettent les sujets pour répondre à l'astérisque, n'est pas influencé par la valence émotionnelle du visage mais également que la présence significative ou non de symptômes ne mène pas à une différence du temps de réaction.

Le troisième résultat concerne l'interaction de ces variables et suggère que la présence ou non de symptômes n'agit pas sur le temps de réaction en fonction de l'émotion présentée.

De plus, nous observons une moyenne négative du Cue Validity pour les visages tristes. Un CV négatif suggère que l'attention du participant est orientée ailleurs que sur le stimulus (Koster, De Raedt, Goeleven, Franck & Crombez, 2005). Par conséquent, l'attention des participants de notre étude n'est pas dirigée vers les visages tristes, ce qui suggère que le stimulus n'a pas été capté par le focus attentionnel. Or, un biais de désengagement est une difficulté à se désengager de l'information négative une fois que l'attention est orientée vers ceux-ci. Dès lors, nous ne pouvons affirmer avoir la présence d'un biais de désengagement dans notre échantillon.

Ces résultats viennent donc réfuter notre première hypothèse, mais sont également contradictoires avec les données issues de la littérature suggérant l'existence d'un lien entre

la dépression et le biais attentionnel de désengagement (Duque et Vasquez, 2015 ; Sanchez et al, 2013). Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ces différents résultats. Tout d'abord, lorsque nous observons les moyennes du score BDI, nous constatons que celle du groupe « absence de symptômes » est de 2.55 et que celle du second groupe est de 13.04. Nous remarquons alors une différence notable entre les deux catégories. Cependant, 13.04 représente une intensité relativement peu élevée du trouble. En effet, comme mentionné dans la méthodologie, un score à cette échelle représente une dépression légère s'il se situe entre 12 et 19. En outre, les études que nous avons relatées dans la partie théorique et qui ont confirmé la présence du biais chez les sujets dépressifs (entre autres celle menée par Sanchez et al. (2013) ainsi que celle de Duque et Vasquez, (2015)) ont un groupe expérimental présentant un trouble dépressif modéré (score BDI > 20). Par conséquent, il est possible que cette faible moyenne contribue à expliquer une absence de différence significative entre les temps de réaction des deux groupes de participants, mais également l'absence de biais attentionnel dans notre échantillon. Par ailleurs, cette explication potentielle viendrait appuyer les résultats obtenus par Baert et al. (2010), ceux-ci mettant en avant la présence d'un biais de désengagement chez les sujets souffrants d'une dépression modérée à sévère mais pas ceux pour qui l'intensité du trouble était légère. Ce faisant, la modification de notre groupe symptôme de façon à n'y inclure que les sujets présentant une dépression modérée pourrait conduire à l'observation du biais de désengagement.

Ensuite, une explication alternative peut être liée à la façon dont les deux groupes ont été créés. En effet, une personne ayant un score de 5 est considérée comme ne présentant pas un nombre significatif de symptômes tandis qu'une personne obtenant un score de 6 sera considérée comme présentant un nombre considérable de manifestations dépressives. Dès lors, compte tenu de la proximité des scores les plus élevés du premier groupe (absence de symptôme) et des scores les plus bas du deuxième (symptômes dépressifs), nous pourrions émettre l'hypothèse qu'il existe un recouvrement suffisamment important pouvant avoir comme conséquence une différence non significative des temps de réaction entre ces deux groupes.

Enfin, comme nous l'avons expliqué dans le premier chapitre théorique, la dépression constitue un trouble mental dont l'hétérogénéité a été prouvée à plusieurs reprises. Cette

hétérogénéité pouvant toucher de multiples facettes du trouble, dont les manifestations, l'étiologie et ses conséquences, il se pourrait que cette caractéristique inhérente à la maladie puisse être à l'origine des différences de résultats.

Par ailleurs, nous avons vu que la présence de biais attentionnels pouvait résulter d'une altération cognitive chez les sujets. Cependant, notre analyse relative à la PASAT ne met pas en évidence l'existence d'une association entre les scores à cette tâche et l'orientation attentionnelle des participants de notre échantillon. Pour rappel, il est demandé aux participants lors de cette tâche d'additionner des chiffres apparaissant un à un à l'écran et de donner la réponse à voix haute. De cette façon, la tâche évalue entre autres les capacités du sujet à inhiber ses précédentes réponses (Wiens et al. 2008) ainsi que la mise à jour des informations en mémoire de travail.

Par ailleurs, Joormann (2004) explique que le biais de désengagement attentionnel serait le reflet d'un déficit des capacités d'inhibition. Or, ce biais implique une orientation attentionnelle initiale vers l'information négative et une difficulté à l'inhiber dans un deuxième temps. Cependant, nous avons pu remarquer par les valeurs négatives des CV, que de manière générale, les participants n'orientent pas leur attention vers les visages. Par conséquent, il nous paraît cohérent de ne pas observer de liens entre la PASAT et l'orientation attentionnelle des sujets envers les différents types de visages.

La première analyse (ANOVA) décrite ci-dessus indique donc qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes BDI en ce qui concerne le temps de réaction. Cependant celle-ci ne nous informe pas quant au lien entre le score total à la BDI et l'endroit où le sujet porte son attention. Pour cette raison, nous avons effectué une corrélation entre ces deux variables nous indiquant l'absence de résultat significatif. Par conséquent, il ne nous est pas possible d'affirmer l'existence d'un lien entre la sévérité de la dépression et le fait que le sujet porte son attention sur les visages tristes. Cela nous permet ainsi d'appuyer l'absence de biais de désengagement dans notre échantillon, comme expliqué précédemment.

Outre le temps de réaction pour répondre aux stimuli, il est également important de prendre en considération la valeur positive ou négative des CV. Ainsi, l'examen du tableau relatif aux

différents temps de réaction selon l'humeur du visage (tableau 4 dans la partie résultats), montre une première observation qui se veut cohérente. Il s'agit de la valeur négative pour le CV joyeux chez les participants du groupe symptômes, indiquant que l'attention de ces sujets n'est pas portée vers les visages positifs. Ce résultat concorde donc avec les données empiriques qui soulignent une absence de biais protecteur chez les sujets dépressifs, se manifestant par une attention réduite envers l'information positive (Duque et Vasquez, 2015 ; Shane et Peterson, 2007).

Cependant, au-delà de ce résultat et au vu de la littérature déjà existante, nous nous attendions à observer deux autres résultats : (1) Une valeur positive pour le CV des visages tristes, indiquant par ce fait que l'attention a été captée par l'information négative et (2) une valeur positive pour les visages joyeux dans le groupe des participants dont le nombre de symptômes était inférieur à 5, indiquant la présence d'un biais protecteur. Or nous observons ici des valeurs négatives pour tous les CV, et ce, quel que soit le groupe BDI. Cela indique alors que l'attention n'est pas orientée vers les visages de manière générale. Cela constitue une observation étonnante dans la mesure où, rappelons-le, il était demandé aux participants de fixer les visages lorsqu'ils apparaissaient. Cependant, bien qu'aussi surprenante qu'elle soit, cette constatation rend plus compréhensible la valeur négative du CV pour les visages négatif. En effet, si l'orientation attentionnelle des sujets n'est pas orientée vers les visages quels qu'ils soient, il est logique qu'elle ne le soit pas non plus envers les visages négatifs.

Une hypothèse possible pouvant expliquer les valeurs négatives de tous les CV est liée aux feedbacks reçus des participants suite à la réalisation de la tâche de sondage spatial. En effet, bien que l'endroit où la rencontre avait lieu était optimisé pour éviter toute sorte de distraction, un nombre important de participants a relaté avoir eu des difficultés à rester attentif durant toute la tâche, cela étant dû à la durée de celle-ci, trop longue selon eux. Ces commentaires ne sont pas anodins. Les difficultés à rester attentif peuvent en effet avoir eu des répercussions négatives sur leurs capacités de concentration durant la tâche, cela pouvant alors jouer un rôle sur l'orientation attentionnelle.

Ensuite, nous avons décrit dans notre premier chapitre théorique, l'importance de l'hétérogénéité dans la dépression. Celle-ci fait référence aux symptômes notamment qui peuvent se subdiviser en 3 catégories : les manifestations affectives, cognitives et somatiques. Nous nous sommes alors questionnés quant à la manière dont ces symptômes sont liés à l'orientation attentionnelle de nos participants. Ainsi, nous avons pu observer que plus un sujet présente des manifestations affectives, moins son attention sera dirigée vers les visages neutres ainsi que vers les visages tristes. Ce résultat apparaît étonnant dans la mesure où les symptômes affectifs de la BDI sont liés à l'humeur du sujet qui complète l'échelle (items relatifs à la tristesse, au pessimisme, aux pleurs, etc.). Or, nous avons vu à travers certaines études (Sanchez et al, 2013 ; Sears et al, 2010 ; Osinsky et al, 2012) que plus un sujet présente une humeur dépressive, plus il aurait des difficultés à se désengager des informations négatives, cela impliquant par conséquent une orientation initiale envers ces informations. Cependant, les études citées-ci-dessus ne permettent pas de déterminer à quel type de manifestation ce biais est associé. Par ailleurs, Baert et al. (2010) ont étudié la façon dont les trois types de symptômes dépressifs sont liés au biais de désengagement et a fortiori à l'orientation attentionnelle envers l'information négative. Ces auteurs ont montré que le biais de désengagement est essentiellement lié aux symptômes cognitifs de la dépression mais n'ont pas trouvé de résultat significatif entre ce biais et les manifestations affectives (et somatiques) du trouble. Nos résultats viennent donc à l'encontre de ces données empiriques. Toutefois, à notre connaissance, il n'existe actuellement que cette étude qui a testé ces liens entre les types de manifestations et le désengagement attentionnel. Ainsi, l'interprétation des résultats de cette analyse nous apparaît difficile au vu de la pauvreté littéraire à ce sujet.

Dans le but de tester notre deuxième hypothèse, nous avons dans un premier temps souhaité savoir s'il existait un lien entre la rumination et l'orientation attentionnelle. Afin d'optimiser les conditions d'exposition des stimuli, ceux-ci étaient présentés sur l'écran durant 1000ms, ce laps de temps étant alors en adéquation avec l'étude de Grafton, et al. (2016) suggérant que l'association entre les biais attentionnels et un taux de rumination élevé est plus évidente lorsque l'exposition est prolongée (1000ms dans leur étude). De plus, la moyenne des scores à l'échelle de rumination dans notre échantillon est de 47.09 ce qui est supérieur à celle obtenue dans l'étude de Grafton et al. (2016) ainsi que dans celle de

Yang et al. (2015). Ces deux études ayant permis de mettre en évidence une association entre le biais de désengagement et la rumination, nous pouvons alors considérer notre moyenne comme étant suffisamment élevée pour permettre d'observer l'existence d'un tel lien dans notre population. Malgré cela, nos résultats n'atteignent pas le seuil de significativité. Il ne nous est donc pas possible d'affirmer la présence d'un tel lien dans notre échantillon. Par conséquent, tester l'hypothèse selon laquelle il existe un lien entre ce processus et un biais de désengagement de l'information négative n'a pas lieu d'être.

Nous observons donc à nouveau ici un résultat qui est contraire à nos attentes et qui ne confirme pas les données empiriques. Toutefois, nous venons de voir que de manière générale, l'attention des sujets n'était pas orientée vers les stimuli. Il est dès lors plus logique de ne pas trouver de lien entre l'endroit où est dirigé l'attention et le niveau de rumination dans notre échantillon.

Un argument supplémentaire est le fait qu'à notre connaissance, il n'existe qu'une étude dans la littérature ayant utilisé une tâche de sondage spatial composée de stimuli visages pour évaluer le lien entre la rumination et le biais de désengagement (Lmoult et al., 2013). Cependant, cette étude fait référence à la rumination-état évaluée à l'aide du « State Rumination Questionnaire »¹. Pour rappel, la rumination-état revête un caractère moins pathologique que la rumination-trait dans la mesure où comme nous l'explique Mor et Daches en 2015, celle-ci peut être expérimentée par la plupart des gens en fonction des contraintes situationnelles. Or, la RRS administrée aux participants de notre étude est focalisée sur le deuxième type de rumination. En effet, en indiquant à quelle fréquence les participants font ce qui est mentionné lorsqu'ils se sentent découragés, tristes ou déprimés, nous n'obtenons que des informations relatives à la rumination-trait, celle-ci faisant référence à une habitude, une tendance stable à s'engager dans des pensées négatives passives et répétitives (Mor et Daches, 2015). Dès lors, les études menées jusqu'alors présentent un matériel méthodologique différent du nôtre pour évaluer les liens entre ce type de rumination et le biais de désengagement. En effet, dans l'étude menée par Hsu et al.

¹ Le State Rumination Questionnaire se compose de 10 items mesurant la rumination-état suite à un stressor.

(2015), le biais attentionnel a été évalué à l'aide de l'Attentional Control Scale² tandis que d'autres auteurs (notamment Yang et al., 2015 ; ainsi que Grafton et al., 2016) utilisent une tâche attentionnelle composée de mots à valence émotionnelle dans le but d'évaluer ce lien. Ce faisant, nous pourrions envisager que cette différence de matériel ait conduit à l'échec de l'observation d'un biais de désengagement dans notre échantillon.

Néanmoins, des résultats relatifs à cette échelle correspondent à la littérature. Premièrement, la rumination est liée positivement à la dépression. Comme attendu la moyenne des deux groupes de participants diffère l'une de l'autre et se montre significativement plus élevée pour le groupe symptômes. La rumination étant une des manifestations de la dépression, ces résultats se veulent donc logiques.

Deuxièmement, la RRS se compose de deux sous-échelles : Le ressassement et la réflexion, ceux-ci constituant les deux composantes de la rumination. Ces deux-ci peuvent être appariées au mode de pensée concret-expérientiel (réflexion) et au mode de pensée abstrait-analytique (ressassement) de la rumination. Comme nous l'avons vu dans notre deuxième chapitre théorique, les personnes dépressives recourent davantage à ce deuxième mode de pensée. Or, nos résultats indiquent un taux plus élevé de ressassement chez le groupe « présence de symptômes » par comparaison au groupe des sujets n'en présentant peu. Par ailleurs, nous remarquons une corrélation positive entre le ressassement et les scores obtenus à la BDI mais pas de lien significatif entre ce même score et la réflexion. Par conséquent, nous sommes ici en adéquation avec la théorie selon laquelle il s'agit principalement de la rumination de type ressassement que nous retrouvons dans le trouble dépressif (Baeyens, 2016).

Troisièmement, les deux sous composantes de la rumination, qui sont le ressassement et la réflexion ne sont pas corrélés avec l'orientation attentionnelle des participants et ne sont pas non plus impliqués différemment dans cette orientation, ce qui correspond alors aux

² L'Attentional Control Scale est une échelle auto-rapportée se composant de 20 items évaluant la perception qu'a l'individu de ses capacités à se concentrer sur les stimuli pertinents ainsi que de ses capacités à déplacer son focus attentionnel (Hsu et al., 2015)

conclusions tirées par Grafton et al. (2016) qui suggèrent que le biais est fonction du taux de rumination global.

Ensuite, le score qu'un sujet obtient à la RRS est positivement lié à la composante affective et cognitive de la dépression et il existe également une association positive entre les symptômes affectifs et le ressassement. Premièrement, l'association entre le versant cognitif et la rumination peut trouver une source d'explication dans les termes qu'utilise Nolen-Hoeksema (1991) pour définir ce processus psychologique. Elle décrit en effet la rumination comme étant un style *cognitif* de préoccupations à propos des causes et conséquences possible d'une expérience négative. Ce faisant, nous pourrions émettre l'hypothèse que le versant cognitif de la dépression serait en lien avec l'aspect cognitif de la rumination.

Une explication alternative est liée à la théorie vue au deuxième chapitre postulant que le biais de désengagement est lié à la composante cognitive de la dépression (Baert et al, 2010). Dès lors, bien que nous ne puissions observer la présence du biais dans notre échantillon, il est en accord avec la littérature de trouver un lien entre la rumination et les symptômes cognitifs du trouble. En outre, cette association entre la rumination et la composante cognitive de la dépression peut aisément s'expliquer par l'observation des symptômes cognitifs et de la BDI. En effet, lorsque nous observons les symptômes cognitifs, nous remarquons que la plupart de ceux-ci sont associés à des cognitions (et donc à un processus cognitif) liées à des sentiments négatifs (sentiment de culpabilité, sentiment négatif envers soi, ...).

En ce qui concerne le ressassement, celui-ci s'apparente au mode de pensée abstrait-analytique caractérisé par une orientation de l'attention sur l'analyse abstraite des causes, conséquences, et sur la signification d'un état émotionnel ou d'une situation (Baeyens, 2016). Ainsi, en conséquence du fait que les cognitions du sujet sont dirigées vers son état émotionnel, nous retrouvons le domaine cognitif (cognitions) et affectif (état émotionnel) des ruminations. Il paraît alors cohérent que le ressassement soit lié aux symptômes cognitifs et affectifs du trouble dépressif.

Ensuite, nous savons que le ralentissement psychomoteur constitue un symptôme de la dépression. Par ce fait, nous avons émis l'hypothèse qu'il pourrait y avoir un lien entre les scores qu'obtient un sujet à la BDI et le taux de réponses lentes. Suite à l'analyse, nous avons pu cependant observer une absence de lien significatif entre ces deux variables. Ici à nouveau, ce résultat peut s'expliquer par l'hétérogénéité des manifestations de la dépression. Comme mentionné antérieurement, il existe 227 façons d'obtenir le diagnostic dépressif selon les critères du DSM (Zimmerman et al., 2015), faisant de ce trouble une maladie qui peut se décliner en plusieurs réalités symptomatologiques. Ainsi, bien que le ralentissement psychomoteur soit l'une des manifestations possibles du trouble, tous les sujets dépressifs ne présenteront pas ce ralentissement. De plus, il n'existe pas dans la BDI un item mesurant spécifiquement ce symptôme. Par conséquent, il ne nous est pas faisable de mesurer la présence dans notre échantillon d'une telle manifestation, et donc le lien que ce symptôme spécifique entretient avec le taux de réponses lentes.

Enfin, nous avons souhaité savoir si le taux de mauvaises réponses est associé aux scores obtenus à l'inventaire de dépression et/ou à ceux obtenus à la RRS, et ce dans le but de trouver une explication éventuelle à ces réponses. Les analyses ne révèlent aucun lien significatif, suggérant de ce fait que ces réponses émises trouvent leur source ailleurs que dans les scores eus à ces deux échelles. Par ailleurs, la tâche ayant été évaluée par les participants comme trop longue pour rester attentif durant toute la durée de celle-ci, le taux d'erreur peut alors aisément se comprendre par ce constat.

Suite à ces résultats et ces potentielles explications, nous pouvons mettre en avant certaines limites à cette étude. La première est liée à la subdivision de notre échantillon dont les scores les plus élevés dans le premier groupe et les scores les plus faibles dans le second peuvent amener à un recouvrement potentielle, ayant comme conséquence la non-observation de différence significative du temps de réaction entre les deux groupes.

Ensuite, cette étude a été réalisée à l'aide d'une population tout-venant. Par ce fait, il est cohérent d'observer une moyenne des scores de dépression relativement faible (13.04) faisant référence à une dépression légère dans le groupe symptômes. Cependant, certaines

études (Baert et al., (2010) ; Duque et Vasquez (2015) ; Sanchez et al., (2013)) ont montré que le biais de désengagement s'observait chez les sujets présentant une dépression modérée à sévère. Or, à la vue des résultats obtenus par l'ensemble des participants à la BDI, seulement 9 d'entre eux présentaient des scores supérieurs à 19 suggérant ainsi la présence d'une dépression dont l'intensité était au minimum qualifiée de modérée. Nous avons alors évité de créer un groupe avec ces 9 sujets pour les comparer aux participants appartenant au groupe « absence de symptôme » afin de ne pas avoir des résultats potentiellement biaisés par le déséquilibre relatif au nombre de sujets. Bien-sûr, nous aurions quand même pu effectuer l'analyse via un test non-paramétrique mais d'une part il nous aurait fallu faire preuve de prudence face au résultat et d'autre part, nos CV étant négatifs, il nous aurait été tout de même impossible d'observer la présence d'un biais de désengagement au sein de notre échantillon. Par conséquent, la faible moyenne obtenue dans notre échantillon ne nous permettait pas de pouvoir répliquer les résultats cités ci-dessus. De plus ces dernières ont utilisé une méthodologie différente de la nôtre. Il pourrait alors être intéressant de répliquer cette même tâche avec comme groupe symptôme, une population dont le score à la BDI reflète au minimum une dépression modérée, et ce, afin de voir si les résultats concordent avec les données empiriques.

En outre, il importe de noter que l'attention des participants de notre étude n'était pas portée vers les visages, et ce, de manière générale. Nous avons émis l'hypothèse que cela pouvait être expliqué par la durée de la tâche que les participants ont jugée trop longue et qui pouvait donc avoir influencé leurs capacités de concentration sur les visages. Cela étant, il ne nous était pas possible d'étudier la présence potentielle du biais de désengagement. Cette observation constitue elle aussi une limite importante dans notre étude. Nous pourrions dès lors envisager de reproduire la tâche en diminuant le nombre de visages présentés de façon à réduire leur lassitude envers celle-ci. Cependant, il convient de rester prudent face à cette diminution de façon à garder un nombre d'essais suffisant pour observer un lien significatif entre l'humeur ou la rumination et l'orientation attentionnelle.

Une autre limite pouvant être soulignée fait référence à la Ruminative Response Scale. En effet, comme mentionné précédemment, cette échelle ne nous permet pas d'obtenir des informations relatives à la rumination-état. Nous n'avons donc évalué dans notre étude que

les liens potentiellement existants entre la rumination-trait et le biais de désengagement. Or, LeMoult et al. (2013), ont mis en évidence à travers leur étude un lien positif entre la rumination-état et le biais de désengagement. Il pourrait alors également être intéressant de recourir à la tâche de sondage spatial administrée dans notre étude et comparer un groupe composé de sujets ayant un score élevé en rumination-trait (telle qu'évaluée par la RRS) avec un groupe de participants qui lors de la rencontre, seraient focalisés sur leurs difficultés (faisant alors référence au ruminations-état). L'observation d'un lien entre la rumination-trait et le biais de désengagement ayant échoué dans notre étude, cette perspective nous permettrait ainsi de voir si cette tâche soulignerait une association entre ce biais et les ruminations-état.

Enfin, nous avons évoqué qu'à notre connaissance, une seule étude (Baert et al., 2010) a jusqu'à maintenant étudié les liens entre les trois types de symptômes de la BDI et le biais de désengagement, qui en outre n'a pas utilisé la même méthodologie que nous. Comparer nos observations avec la littérature nous paraît donc difficile au vu de la pauvreté de celle-ci à ce sujet. Dès lors, il pourrait être intéressant d'investiguer d'avantages ces liens afin de pouvoir augmenter la fidélité des résultats obtenus.

Chapitre 7 : conclusion générale

La littérature scientifique concernant la psychopathologie cognitive s'est multipliée au cours des dernières années. Celle-ci a permis de mettre en évidence la présence de déficits cognitifs dont des biais attentionnels dans les troubles de l'humeur. Parmi ces biais attentionnels, certains auteurs ont mis en évidence un biais de désengagement attentionnel dans la dépression tandis que d'autres ne sont pas parvenus à confirmer sa présence. En outre, selon certaines études, les difficultés de désengagement se retrouvent aussi chez les personnes souffrantes de ruminations. L'objectif de ce mémoire était de poursuivre les recherches menées jusqu'alors et investiguer ainsi les liens entre la dépression et le biais de désengagement ainsi qu'entre ce même biais et la rumination mentale. Ce faisant, nous avons émis dans notre étude les deux hypothèses selon lesquelles il y aurait un lien significatif entre ces variables. L'étude de tels liens se montre particulièrement intéressante dans une perspective clinique dans la mesure où la dépression étant fortement répandue dans notre société, cela permettrait d'accroître les connaissances scientifiques dans ce domaine et élargir les prises en charge des personnes souffrantes de ce trouble et/ou de ruminations.

L'étude ici réalisée sur 101 personnes non-cliniques ne nous a pas permis de confirmer nos hypothèses. Cependant, les explications potentielles que nous avons suggérées liées à l'absence de liens significatifs entre la dépression, la rumination et le biais de désengagement dans notre échantillon, nous permettent de mettre en lumière certaines limites à notre étude, celles-ci ouvrant alors une voie de réflexion pour les recherches antérieures.

Parmi ces limites, nous avons pu souligner la faible moyenne du score de dépression obtenu dans notre groupe symptôme soulignant ainsi la nécessité de recourir à un groupe de sujets dont le score à la BDI révélerait la présence d'une dépression modérée au minimum. Par ailleurs, la comparaison d'une telle population avec notre groupe « absence de symptômes » ($BDI \leq 5$) permettrait d'éviter un recouvrement entre les deux groupes, comme nous pouvons supposer l'existence dans notre échantillon. En outre, une perspective supplémentaire pour les recherches ultérieures serait de diminuer le nombre de visages

présentés afin de diminuer les difficultés de concentration relatés par les participants suite à la durée de la tâche.

Outre ces pistes d'améliorations inhérentes à la tâche ou à notre échantillon, nous avons également évoqués l'intérêt d'investiguer davantage la façon dont le biais de désengagement est lié aux deux versants de la rumination, à savoir le rumination-trait et la rumination-état ainsi que l'intérêt d'étudier d'avantage la façon dont ce biais est lié aux trois types de symptômes dépressifs.

Cette étude nous a toutefois permis de mettre en lumière certains résultats intéressants et en adéquation avec les données empiriques. Tout d'abord, le ressassement présente un lien significatif avec la dépression au contraire de la réflexion. Par ailleurs, ce lien étant positif, nous pouvons en conclure qu'il s'agit de ce volet de la rumination, et donc du mode de pensée abstrait-analytique que nous retrouvons chez les sujets dépressifs.

Ensuite, le ressassement et la réflexion ne jouent pas un rôle différentiel sur l'orientation attentionnelle. Et pour terminer, la rumination ainsi que le ressassement sont liés aux symptômes cognitifs de la dépression.

Partie 3 : bibliographie

Albert, P.-R. (2015). Why is depression more prevalent in women? *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 40(4), 219-221. doi: 10.1503/jpn.150205

Alderman, B. L., Olson, R. L., Brush, C. J., & Shors, T. J. (2016). MAP training: Combining meditation and aerobic exercise reduces depression and rumination while enhancing synchronized brain activity. *Translational Psychiatry*, 6(2), e726-9. doi: 10.1038/tp.2015.225

Baeyens, C. (2016). D'une approche symptomatique à une approche transdiagnostique : le cas des pensées répétitives négatives. In C. Baeyens., A. Carré., C. Douilliez., M. Dupont., A. Heeren., J.-L. Monestès., F. Nef., P. Philippot., J. Rivière., M., Van Der Linden. & M. Villate (Eds), *L'approche transdiagnostique en psychopathologie : Alternative aux classifications nosographiques et perspectives thérapeutiques*. Pp 103-124. Paris, France : Dunod

Andlauer, O. (2016). Relations entre humeur et sommeil. In E, Laurent & P, Vandell (Eds), *De l'humeur normale à la dépression en psychologie cognitive, neurosciences et psychiatrie* (pp. 31-45). Louvain-La-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur

American Psychiatric Association. (2015). *DSM-V : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux* (5^{ième} ed.). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson

Baert, S., de Raedt, R., & Koster, E. H. W. (2010). Depression-related attentional bias: The influence of symptom severity and symptom specificity. *Cognition and Emotion*, 24(6), 1044–1052. doi: 10.1080/02699930903043461

Baeyens, C. (2016). D'une approche symptomatique à une approche transdiagnostique : le cas des pensées répétitives négatives. In C. Baeyens., A. Carré., C. Douilliez., M. Dupont., A. Heeren., J.-L. Monestès., F. Nef., P. Philippot., J. Rivière., M., Van Der Linden. & M. Villate (Eds), *L'approche transdiagnostique en psychopathologie : Alternative aux classifications nosographiques et perspectives thérapeutiques* . Pp 103-124. Paris, France : Dunod

Baeyens, C., Kornocka, M., & Douilliez, C. (2012). De la dépression à une perspective transdiagnostique : conceptualisation et intervention sur les ruminations mentales. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, XVII, 66-85

Barlow, D.-H., Allen, L.-B. , & Choate, M.-L. (2004). Towards a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230

Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996). *Manual for the BDI-II*. San Antonio, TX : Psychological Corporation. Traduit par : Bouvard, M., & Cottraux, J. (2005). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie (4e édition)* (pp. 187-188). Paris : Masson

Blairy, S. (2016). La modification du biais attentionnel dans les troubles anxieux et la dépression : une revue synthétique de la littérature. *Annales Medico-Psychologiques*, 175(6), 522-527. doi: 10.1016/j.amp.2015.11.010

Brockmeyer, T., Holtforth, M.-G, Krieger, T., Altenstein, D., Doerig, N., Zimmermann, J., ... Bents, H. (2015). Preliminary evidence for a nexus between rumination, behavioural avoidance, motive satisfaction and depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22, 232-239

Campbell, S., Marriott, M., Nahmias, C., MacQueen, GM. (2004). Lower hippocampal volume in patients suffering from depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 598–607

Castanon, N. (2015). Les troubles de l'humeur associés à l'obésité et au diabète de type 2. Retrieved from

https://www.researchgate.net/profile/Nathalie_Castanon/publication/305882946_Les_troubles_de_l%27humeur_associes_a_l%27obesite_et_au_diabete_de_type_2_Role_de_la_neuroinflammation/links/57bc06ed08aefea8f0f581b1/Les-troubles-de-lhumeur-associes-a-lobesite-et-au-diabete-de-type-2-Role-de-la-neuroinflammation.pdf

Chan-Chee, C., Beck, F., Sapinho, D., & Guilbert, P. (2005). *La dépression en France : Enquête Inadep 2005*. Saint-Denis, France : Inpes éditions

Courtet, P., & Vaiva, G. (2010). Suicide et dépression. In M, Goudemand (Eds.) *Les états dépressifs*. Paris, France : Lavoisier

David, D. J., & Gardier, A. M. (2016). Les bases de pharmacologie fondamentale du système sérotoninergique : Application à la réponse antidépressive. *Encephale*, 42(3), 225-263. doi: 10.1016/j.encep.2016.03.012

De Lissnyder, E., Derakshan, N., De Raedt, R., & Koster, E. H. W. (2011). Depressive symptoms and cognitive control in a mixed antisaccade task: Specific effects of depressive rumination. *Cognition and Emotion*, 25(5), 886–897. doi: 10.1080/02699931.2010.514711

Duque, A., & Vázquez, C. (2015). Double attention bias for positive and negative emotional faces in clinical depression: Evidence from an eye-tracking study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 46, 107-114. doi: 10.1016/j.jbtep.2014.09.005

Eisma, M.-C., Schut, H.-A.-W., Stroebe, M.-S., Van Den Bout, J., Stroebe, W., & Boelen, P.-A. (2014). Is rumination after bereavement linked with loss avoidance? Evidence from eye-tracking. *PloS One*, 9(8), e104980

Fansi, A., Jehanno, C., Lapalme, M., Drapeau, M., & Bouchard, S. (2015). Efficacité de la psychothérapie comparativement à la pharmacothérapie dans le traitement des troubles anxieux et dépressifs chez l'adulte : une revue de la littérature. *Sante Mentale Au Quebec*, 40(4), 141–173. doi: 10.7202/1036098ar

Gotlib, I.-H., & Joormann, J. (2010). Cognition and depression: current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 285e312. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131305

Grafton, B., Southworth, F., Watkins, E., & MacLeod, C. (2016). Stuck in a sad place: Biased attentional disengagement in rumination. *Emotion*, 16(1), 63–72

Halvorsen, M., Hagen, R., Hjemdal, O., Eriksen, M.-S., Sørli, Å.-J., Waterloo, K., Eisemann, M., & Wang, C.-E.-A. (2014). Metacognitions and Thought Control Strategies in Unipolar Major Depression: A Comparison of Currently Depressed, Previously Depressed, and Never-Depressed Individuals. *Cognitive Therapy and Research*, 39(1), 31–40. doi: 10.1007/s10608-014-9638-4

Harvey, A.-G. (2011). *Sleep and circadian functioning: Critical mechanisms in the mood disorders?* Annual Review of Clinical Psychology, 7, 297-319. Doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032210-104550

Harvey, A.-G., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). Cognitive behavioral processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment. Oxford: Oxford University Press

Hsu, K. J., Beard, C., Rifkin, L., Dillon, D. G., Pizzagalli, D. A., & Björgvinsson, T. (2015). Transdiagnostic mechanisms in depression and anxiety: The role of rumination and attentional control. *Journal of Affective Disorders*, 188, 22–27. doi: 10.1016/j.jad.2015.08.008

Jamison, K.-R., Kirchner, J.-T., Styron, W., & Thayer, R.-E. (2007). Les troubles de l'humeur et le suicide. In D.-H, Barlow & V.-Mark, Durant (Eds.), *Psychopathologie : Une perspective multidimensionnelle*. Pp 362-455. Bruxelles, Belgique : De Boek

Johnson, D. P., & Whisman, M. A. (2013). Gender differences in rumination: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, 55(4), 367–374. doi: 10.1016/j.paid.2013.03.019

Joormann, J. (2004). Attentional bias in dysphoria: The role of inhibitory processes. *Cognition and Emotion*, 18, 125–147. doi:10.1080/02699930244000480

Joormann, J., & D'Avanzato, C. (2010). Emotion regulation in depression: Examining the role of cognitive processes. *Cognition and Emotion*, 24, 913–939.

doi:10.1080/02699931003784939

Joormann, J., Dkane, M., & Gotlib, I. H. (2006). Adaptive and maladaptive components of rumination? Diagnostic specificity and relation to depressive biases. *Behavior Therapy*, 37, 269–280. doi: 10.1016/j.beth.2006.01.002

Kinderman, P. (2009). Understanding and addressing psychological and social problems: the mediating psychological processes model. *International Journal of Social Psychiatry*, 55(5), 464-470. doi: 10.1177/0020764008097757

Kinderman, P. (2005). A psychological model of mental disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 13(4), 206–217. doi: 10.1080/10673220500243349

Koster, E.-H.-W., DeLissnyder, E., Derakshan, N., DeRaedt, R. (2011). Understanding Depressive rumination from a cognitive science perspective: the impaired disengagement hypothesis. *Clin. Psychol. Rev.* 31, 138–145. doi: 10.1016/j.cpr.2010.08.005

Koster, E.-H.-W., De Raedt, R., Goeleven, E., Franck, E., & Crombez, G. (2005). Mood-congruent attentional bias in dysphoria: Maintained attention to and impaired disengagement from negative information. *Emotion*, 5(4), 446–455. doi: 10.1037/1528-3542.5.4.446

Krings, A., Blairy, S., Fontaine, P., Vandriette, Y., & Heeren, A. (2017). Biais attentionnels et symptômes dépressifs : Quels sont leurs liens mutuels et leur association avec d'autres processus psychologiques ? Résultats préliminaires Attentional biases and depressive symptoms: what are their mutual links and associations w, *XXII*, 15–21

LeMoult, J., Arditte, K. A., D'Avanzato, C., & Joormann, J. (2013). State rumination: Associations with emotional stress reactivity and attention bias. *Journal of Experimental Psychopathology*, 4, 471–484

Lutz, P.-E. (2012). *La comorbidité entre la dépendance aux opiacés et dépression : Mécanismes sérotoninergiques dans un modèle murin* (Thèse de doctorat), Université de Strasbourg. Retrieved from:

https://tel.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/856593/filename/LUTZ_Pierre-Eric_2012_ED414.pdf

McLaughlin, K.-A., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 186-193

Monroe, S.-M., & Anderson, S.-F. (2015). Depression The Shroud of Heterogeneity. *Current Directions in Psychological Science*, 24(3), 227-231. doi: 10.1177/0963721414568342 doi : 10.1177/0963721414568342

Mor, N., & Daches, S. (2015). Ruminative thinking: Lessons learned from cognitive training. *Clinical Psychological Science*, 3(4), 574–592. doi: 10.1177/2167702615578130

Morvan, Y., Prieto, A., Briffault, X., Blanchet, A., Dardennes, R., Rouillon, F & Lamboy, B. (2005). La dépression : prévalence, facteurs associés et consommation de soins. In F. Beck, P. Guilbert & A. Gautier, *Baromètre santé 2005 : attitudes et comportements de santé*. Pp. 459-486. Saint-Denis, France : Ed. INPES

Mouchabac, S. (2012). Les ruminations idéatives dépressives. *Encephale*, 38(SUPPL. 2), S29–S32. doi: 10.1016/S0013-7006(12)70071-4

Nef, F., Philippot, P., & Verhofstadt, L. (2012). L'approche processuelle en évaluation et intervention cliniques : une approche psychologique intégrée. *Revue Francophone de Clinique Cognitive et Comportementale*, 17(4), 23

Nolen-Hoeksema. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 569–82. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1757671>

Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster : The 1989 Loma Preita earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 115-121. doi:10.1037/0022-35. Traduit par : Douillez, C., Guimpel, B., & Philippot, 2011. Measure of the brooding and reflection dimensions of rumination in the ruminative response scale : a french validation. *European Review of applied psychology*. Manuscript in revision

Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1993). Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition and Emotion*, 7, 561-570

Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400–424. doi: 10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x

Organisation Mondiale de la Santé (2015). La dépression. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/fr/>

Organisation Mondiale de la Santé (2017). *Journée mondiale de la santé : La dépression parlons-en*. Retrieved from <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2007/fr>

Osinsky, R., Lösch, A., Henning, J., Alexander, N., & MacLeod, C. (2012). Attentional bias to negative information and 5-HTTLPR genotype interactively predict students' emotional reactivity to first university semester. *Emotion*, 12, 460–469. doi:10.1037/a0026674

Ozakbas, S., Cinar, B. P., Gurkan, M. A., Ozturk, O., Oz, D., & Kursun, B. B. (2016). Paced auditory serial addition test : National normative data. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 140, 97–99. doi: 10.1016/j.clineuro.2015.11.014

Peckham, A.-D., McHugh, R.-K., & Otto, M.-W. (2010). A meta-analysis of the magnitude of biased attention in depression. *Depression and Anxiety*, 27, 1135–1142

Penninx, B. W. J. H. (2017). Depression and cardiovascular disease: Epidemiological evidence on their linking mechanisms. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 74, 277–286. doi: 10.1016/j.neubiorev.2016.07.003

Philippot, P. (2016). Démêler l'écheveau des processus γ en psychopathologie. In C. Baeyens., A. Carré., C. Douilliez., M. Dupont., A. Heeren., J.-L. Monestès., F. Nef., P. Philippot., J. Rivière., M., Van Der Linden. & M. Villate (Eds), *L'approche transdiagnostique en psychopathologie : Alternative aux classifications nosographiques et perspectives thérapeutiques* . Pp 35-60. Paris, France : Dunod

Posner, M. (1988). Structures and Functions of Selective Attention. *Clinical Neuropsychology and Brain Function: Research, Measurement, and Practice*, 173–202. Retrieved from <https://eric.ed.gov/?id=ED288903>

Quistrebert-Davanne, V., Labat, J. J., & Nizard, J. (2016). Biais attentionnel chez le patient douloureux chronique. Nature, évaluation et intérêts clinique et thérapeutique. *Douleur et Analgesie*, 29(1), 48–56. doi: 10.1007/s11724-016-0453-4

Roley, M.-E., Claycomb, M.-A., Contractor, A.-A., Dranger, P., Armour, C., & Elhai, J.-D. (2015). The relationship between rumination, PTSD, and depression symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 180, 116–121. doi: 10.1016/j.jad.2015.04.006

Sanchez, A., Vazquez, C., Marker, C., LeMoult, J., & Joormann, J. (2013). Attentional disengagement predicts stress recovery in depression: An eye-tracking study. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(2), 303–313. doi: 10.1037/a0031529

Shane, M.-S., & Peterson, J.-B. (2007). An evaluation of early and late stage attentional processing of positive and negative information in dysphoria. *Cognition and Emotion*, 21(4), 789–815. doi: 10.1080/02699930600843197

Schwert, C., Aschenbrenner, S., Weisbrod, M., & Schröder, A. (2017). Cognitive impairments in unipolar depression: The impact of rumination. *Psychopathology*, 50(5), 347–354. doi: 10.1159/000478785

Sears, C.-R., Thomas, C.-L., LeHuquet, J.-M., & Johnson, J.-C.-S. (2010). Attentional biases in dysphoria: An eye tracking study of the allocation and disengagement of attention. *Cognition and Emotion*, *24*, 1349–1368. doi:10.1080/02699930903399319

Simonsen E. (2010). The integration of categorical and dimensional approaches to psychopathology. In: Millon T, Krueger R, Sorensen E, editors. Contemporary directions in psychopathology. Pp. 350–61. New York: Guilford Press; 2010

Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination Reconsidered : A Psychometric Analysis. *Cognitive Therapy and Research Therapy*, *27*, 247-259

Van der Linden, M. (2016). S'affranchier du DSM ou d'une vision essentialiste des problmes psychologiques. In C. Baeyens., A. Carré., C. Douilliez., M. Dupont., A. Heeren., J.-L, Monestès., F. Nef., P. Philippot., J. Rivière., M., Van Der Linden. & M. Villate (Eds), *L'approche transdiagnostique en psychopathologie : Alternative aux classifications nosographiques et perspectives thérapeutiques*. Pp 103-124. Paris, France : Dunod

Villain, L., Ducasse, D., Aubert, E., Olié, E., Guillaume, S., & Courtet, P. (2016). L'influence de la dépression sur les conduites suicidaires. In E, Laurent., & P, Vindel (Eds.), *De l'humeur normale à la dépression en psychologie cognitive, neurosciences et psychiatrie* (Pp145-164). Louvain-La-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur

Wagener, A., Baeyens, C., & Blairy, S. (2016). Depressive symptomatology and the influence of the behavioral avoidance and activation: A gender-specific investigation. *Journal of Affective Disorders*, *193*, 123–129. doi: 10.1016/j.jad.2015.12.040

Watkins, E. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, *134*, 163-206

Watkins, E. (2015). Psychological treatment of depressive rumination. *Current Opinion in Psychology*, *4*, 32–36. doi: 10.1016/j.copsyc.2015.01.020

Watkins, E.-R., Baeyens, C.-B., & Read, R. (2009). Concreteness Training Reduces Dysphoria : Proof-of-Principle for Repeated Cognitive Bias Modification in Depression, *118*(1), 55–64. doi: 10.1037/a0013642

Whisman, M., Uebelacker, L., & Weinstock, L. (2004). Psychopathology and marital satisfaction : The importance of evaluating both partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*(5), 830-83. doi: 10.1037/0022-006X.72.5.830

Widakowich, C., Van Wettere, L., Jurysta, F., Linkowski, P., & Hubain, P. (2013). L'approche dimensionnelle versus l'approche catégorielle dans le diagnostic psychiatrique : Aspects historiques et épistémologiques. *Annales Medico-Psychologique*, *171*(5), 300-305. doi: 10.1016/j.amps.2012.03.013

Wiens, A.-N., Fuller, K.-H., Crossen, J.-R., Wiens, A.-N., Fuller, K.-H., & Crossen, J.-R. (2008). *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* Paced auditory serial addition test : Adult norms and moderator variables Paced Auditory Serial Addition Test : Adult Norms and Moderator Variables, (September 2013), 37–41. doi: 10.1080/01688639708403737

Winer, E.-S., & Salem, T. (2017). Reward Devaluation: Dot-Probe Meta-Analytic Evidence of Avoidance of Positive Information in Depressed Persons. *Psychological Bulletin*, *142*(1), 18–78

Wisco, B.-E., Treat, T. A., & Hollingworth, A. (2012). Cognition and Emotion Visual attention to emotion in depression: Facilitation and withdrawal processes Visual attention to emotion in depression: Facilitation and withdrawal processes, *26*(4), 602–614. doi: 10.1080/02699931.2011.595392

Wojnar, M., Ilgen, M.-A., Wojnar, J., McCammon, R., Valenstein, M., & Brower, K.-J. (2009). *Sleep problems and suicidality in the National Comorbidity Survey Replication*. *Journal of Psychiatric Research*, *43*(5), 526-531

Yang, W., Ding, Z., Dai, T., Peng, F., & Zhang, J. X. (2015). Attention Bias Modification training in individuals with depressive symptoms: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 49, 101–111. doi: 10.1016/j.Jbtep.2014.08.005

Yoo, S.-S., Gujar, N., Hu, P., Jolesz, F.-A & Walker, M.-P. (2007). *The human emotional brain without sleep- a prefrontal amygdala disconnect*. *Current Biology*, 17(20), R877-878. doi : 10.1016/j.cub.2007.08.007

Partie 4 : annexes

Annexe 1 : lettre d'informations

Université de Liège

Unité de Psychologie Clinique Comportementale et Cognitive



Madame, Monsieur,

Par la présente, nous désirons vous proposer de participer à une étude qui se déroule dans l'Unité de Psychologie Clinique Comportementale et Cognitive de l'Université de Liège. Elle est menée par Audrey Krings dans le cadre d'une thèse de doctorat en sciences psychologiques.

Avant que vous n'acceptiez de participer à cette étude, nous vous invitons à prendre connaissance de ses implications en termes d'organisation, avantages et risques éventuels, afin que vous puissiez prendre une décision en toute connaissance de cause. Ceci s'appelle donner un « consentement éclairé ».

Veuillez lire attentivement ces quelques pages d'information et poser toutes les questions que vous souhaitez à l'investigateur.

Objectifs et déroulement de l'étude

L'étude s'intéresse aux liens entre humeur, biais attentionnels et niveau d'engagement dans des activités. Cette étude est organisée dans le but de mieux comprendre les liens qu'il existe entre les différents processus psychologiques que nous allons évaluer. Elle nous permet également d'étudier ces processus en considérant plus en profondeur les symptômes de chaque participant. Pour répondre à ces objectifs, un grand nombre de sujets sont invités à participer à cette étude, tant des sujets sains que des sujets souffrant d'un trouble émotionnel.

Dans cette étude, nous proposons une évaluation composée de différentes échelles et questionnaires ainsi que d'une tâche informatisée. La durée de cette évaluation est d'approximativement une heure.

Si vous participez à cette étude, vous devez savoir que :

Cette étude est mise en œuvre après évaluation par le Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège. En aucun cas vous ne devez prendre l'avis favorable du Comité d'Ethique comme une incitation à participer à cette étude.

Votre participation est volontaire. Elle nécessite la signature d'un document exprimant votre consentement. Même après l'avoir signé, vous pouvez arrêter de participer en informant l'investigateur. Si vous retirez votre consentement à l'étude, afin de garantir la validité de la recherche, les données codées jusqu'au moment de votre interruption seront néanmoins conservées.

Les données recueillies lors de cette étude sont confidentielles. Elles sont codées avant toute utilisation et votre anonymat est garanti lors de la publication des résultats. Vous avez le droit de demander à l'investigateur quelles sont les données collectées à votre sujet et quelle est leur utilité dans le cadre de l'étude. Vous disposez d'un droit de regard sur ces données et du droit d'y apporter des rectifications au cas où elles seraient incorrectes. Ces droits vous sont garantis par la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel et par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

Votre participation n'entraînera pour vous aucun frais. Le risque résultant de cette expérimentation est couvert conformément à l'article 29 de la loi belge du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine qui impose au promoteur d'assumer, même sans faute, la responsabilité du dommage causé au participant ou à ses ayants droit, dommage lié de manière directe ou indirecte à l'expérimentation. Le promoteur a contracté une assurance couvrant cette responsabilité.

Enfin, une séance d'informations présentant les résultats globaux de cette étude aura lieu lorsque celle-ci arrivera à son terme. Si vous souhaitez être tenu au courant de la date, de l'heure et du lieu de cette séance afin de pouvoir y participer, veuillez indiquer votre adresse mail :

De plus amples informations au sujet de cette étude pourront être exigées auprès d'Audrey Krings (audrey.krings@ulg.ac.be) ou du Professeur Sylvie Blairy (sylvie.blairy@ulg.ac.be), responsables de ce projet de recherche.

Doctorant

Audrey Krings

Assistante, Université de Liège

Tél : 04/366.23.37

Email : audrey.krings@ulg.ac.be

Promoteur

Sylvie Blairy

Professeur, Université de Liège

Tel : 04/366.23.82

Email : sylvie.blairy@ulg.ac.be

Annexe 2 : formulaire de consentement éclairé

Titre de la recherche	Etude des liens entre humeur, biais attentionnels et niveau d'engagement dans des activités
Chercheur responsable	Audrey Krings
Promoteur	Sylvie Blairy
Service et numéro de téléphone de contact	Psychologie clinique cognitive et comportementale 04/366.23.37

Je, soussigné(e) déclare :

Avoir été informé sur la nature de l'étude, son but, sa durée et sur ce que l'on attend de moi.
J'ai pris connaissance du document d'information.

Avoir eu l'occasion de poser toutes les questions qui me sont venues à l'esprit et avoir obtenu une réponse satisfaisante à mes questions.

Avoir compris que des données me concernant seront récoltées pendant toute ma participation à cette étude et que l'investigateur se porte garant de la confidentialité de ces données.

Consentir au traitement de mes données personnelles selon les modalités décrites dans la rubrique traitant des garanties de confidentialité

Je sais que :

Je peux à tout moment mettre un terme à ma participation à cette recherche sans devoir motiver ma décision ni subir aucun préjudice que ce soit ;

Je peux contacter le chercheur pour toute question ou insatisfaction relative à ma participation à la recherche ;

Les données recueillies seront strictement confidentielles et il sera impossible à tout tiers non autorisé de m'identifier.

J'accepte / n'accepte pas (biffer la mention inutile) que les données récoltées pour les objectifs de la présente étude puissent être traitées ultérieurement dans le contexte d'une autre étude, moyennant nouvel accord d'un Comité d'Ethique.

J'ai reçu une copie de l'information au participant et du consentement éclairé.

Je donne mon consentement libre et éclairé pour participer en tant que sujet à cette recherche.

Lu et approuvé,
Date et signature

Annexe 3 : lettre de débriefing

Madame, Monsieur,

Tout d'abord, merci à tous d'avoir participé à cette étude, sans vous, rien ne serait possible. Nous sommes actuellement étudiantes en second master en psychologie clinique à l'université de Liège, nous réalisons un travail dont l'objectif est de mieux comprendre les liens éventuels entre des symptômes dépressifs, le biais de désengagement de l'attention (c'est-à-dire la difficulté à désengager son attention des stimuli négatifs et/ou préoccupants), ainsi que d'autres facteurs psychologiques contribuant à l'humeur triste.

La dépression représente un des troubles mentaux les plus fréquents et engendre de nombreuses conséquences sur le fonctionnement d'une personne qui en souffre. C'est pourquoi, il nous semble opportun de réaliser une étude dont les objectifs ultérieurs visent à réduire les symptômes dépressifs à l'aide d'un travail thérapeutique et méthodique sur les biais attentionnels.

Les différents questionnaires sont administrés dans le but d'avoir connaissance de l'humeur des participants (triste, anxieuse), la satisfaction liée à votre environnement, le plaisir ressenti dans diverses situations, les ruminations ainsi que le niveau d'engagement dans des activités.

La tâche administrée sur l'ordinateur avec les visages permet de voir si vous présentez des biais attentionnels, généralement observés chez des individus relativement inquiets, anxieux ou plutôt tristes.

Ces biais attentionnels sont les suivants :

1. Un maintien de l'attention vers les visages qui expriment de la tristesse par rapport à ceux qui sont neutres. On parle de déficit de désengagement de ces stimuli tristes (un temps plus important est nécessaire pour retirer son attention).
2. Un évitement des stimuli joyeux pour privilégier le traitement d'informations plus neutres

3. Mieux comprendre tout cela nous permettra sur du plus long terme d'améliorer les moyens de prise en charge qui sont proposés aujourd'hui à des personnes dont l'humeur est triste, anxieuse.

Cette étude est supervisée par le professeur Sylvie Blairy, chef de service de l'unité clinique de psychologie cognitive et comportementale. Nous vous invitons à contacter Madame Blairy ou son assistante Audrey Krings si vous souhaitez recevoir de plus amples informations.

Voici leurs e-mails respectifs :

Sylvie.blairy@ulg.ac.be et Audrey.krings@ulg.ac.be

Merci encore pour votre participation !

Anne-Élise Masson

Wendy Wulleput

Annexe 4 : questionnaires des données sociodémographiques

Voici une série de questions qui me permettront d'apprendre à mieux vous connaître.

Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

Vous avez : ans

Vous êtes d'origine.....

Comment estimez-vous votre compréhension du français à l'écrit :



Nulle

Excellente

Quel est votre statut socio-professionnel ? <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Étudiant(e)<input type="radio"/> Ouvrier(ière)<input type="radio"/> Employé(e)<input type="radio"/> Cadre<input type="radio"/> Indépendant(e)<input type="radio"/> Mère/Père au foyer<input type="radio"/> Sans emploi<input type="radio"/> Retraité(e)<input type="radio"/> Autre :	Actuellement, à propos de votre activité professionnelle, vous êtes : <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Actif à temps plein<input type="radio"/> Actif à temps partiel<input type="radio"/> En pause-carrière<input type="radio"/> En arrêt-maladie<ul style="list-style-type: none"><i>Si oui, : pour quel motif ?</i><input type="radio"/> En incapacité de travail ;<ul style="list-style-type: none"><i>Si oui, : pour quel motif ?</i><input type="radio"/> Actif à temps partiel et/ou temps plein combiné à des études en horaire décalé<input type="radio"/> Autre :
---	---

Quel est votre état civil ?

- Célibataire
- Marié(e)
- Cohabitant légal
- Veuf
- Divorcé
- Autre :

Etes-vous en couple ?

- Oui
- Non

Avez-vous des enfants ?

- Oui
- Non

Si oui, combien ?

Cochez les années scolaires que vous avez terminées :

<input type="radio"/> 1ère primaire	<input type="radio"/> 1ère secondaire	Haute école	Université
<input type="radio"/> 2ème primaire	<input type="radio"/> 2ème secondaire	<input type="radio"/> 1ère année	<input type="radio"/> 1ère année
<input type="radio"/> 3ème primaire	<input type="radio"/> 3ème secondaire	<input type="radio"/> 2ème année	<input type="radio"/> 2ème année
<input type="radio"/> 4ème primaire	<input type="radio"/> 4ème secondaire	<input type="radio"/> 3ème année	<input type="radio"/> 3ème année
<input type="radio"/> 5ème primaire	<input type="radio"/> 5ème secondaire		<input type="radio"/> 4ème année
<input type="radio"/> 6ème primaire	<input type="radio"/> 6ème secondaire		<input type="radio"/> 6ème année
	Précisez :		<input type="radio"/> 7ème année
	<input type="radio"/> Général		<input type="radio"/> 8ème année
	<input type="radio"/> Technique transition		<input type="radio"/> 9ème année
	<input type="radio"/> Technique qualification		Post-universitaire
	<input type="radio"/> Professionnel		<input type="radio"/> 1ère année
	<input type="radio"/> Artistique		<input type="radio"/> 2ème année
	<input type="radio"/> Autre.....		<input type="radio"/> 3ème année
			<input type="radio"/> 4ème année
			<input type="radio"/> 5ème année

Avec qui vivez-vous ?

- Seul(e)
- Conjoint(e)
- Enfant(s)
- Frère(s)/Sœur(s)
- Parent(s)
- Autre(s) membre(s) de la famille
- Ami(e)(s)/ collocation
- Autre(s):

Disposez-vous d'un réseau social développé ?

- Non
- Oui, mais peu important
- Oui, moyennement important
- Oui, fort important

A votre connaissance, avez-vous vous-même souffert d'un épisode dépressif par le passé ?

- Oui
- Non

Si oui, selon-vous combien y en-a-t-il eu ?

Si oui, avez-vous fait des démarches par rapport à cela ? Par exemple, pris des médicaments, commencer un suivi psychologique, demander de l'aide ?

- Oui
- Non

A votre connaissance, souffrez-vous actuellement d'un épisode dépressif ?

- Oui
- Non

Si oui, avez-vous fait des démarches par rapport à cela ? Par exemple, pris des médicaments, commencer un suivi psychologique, vu un psychiatre ?

- Oui
- Non

A votre connaissance, avez-vous souffert d'un épisode psychotique ?

- Oui
- Non

Consommez-vous des substances psychoactives ? (drogue, alcool, ...)

- Oui
- Non

Si oui, quelle(s) substance(s) ?

A quelle fréquence ?

Avez-vous bu ou consommé d'autres substances (alcool, drogue) il y a moins de trois heures ?

- Oui
- Non

Avez-vous vécu un événement traumatisant ces six derniers mois (décès, agression, ...)

- Oui
- Non

Si oui, détaillez très brièvement :

.....
.....

Si traumatisme crânien, quelles ont été les conséquences ? :

.....
.....

A votre connaissance, avez-vous des antécédents neurologiques (AVC, thrombose, crises d'épilepsie, ...) ?

- Oui
- Non

Si oui, détaillez

.....

.....

Votre vision est-elle actuellement correcte ou corrigée ?

- Oui
- Non

Disposez-vous de vos lunettes/lentilles pour notre rendez-vous ?

- Oui
- Non

Vous êtes droitier / gaucher / ambidextre (entourez la réponse) ?

Prenez-vous actuellement des médicaments ?

- Oui
- Non

Si oui, pourriez-vous indiquer le nom de ces médicaments ainsi que la quantité et le moment de la prise ?

.....

.....

.....

Si oui, avez-vous pris un anxiolytique il y a moins de trois heures ?

- Oui
- Non

Si oui, lors du dernier mois, y-a-il eu un changement dans la prise de ces médicaments (changement, arrêt, oubli, changement de la fréquence) ?

- Oui
- Non

Si oui, spécifiez :

Suivez-vous actuellement un psychologue ou un psychiatre dans le cadre d'une thérapie ?

- Oui
- Non

Comment avez-vous eu connaissance de cette étude ?

.....

.....

.....

Pour l'expérimentateur : Indiquez l'ordre de passation des tâches informatisées :

Spatial cuing task

PASAT PASAT

Annexe 5 : Echelle de dépression de Beck (BDI-II)

BDI-II

Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux **comment vous vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui**. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'**un seul** énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe n°16 (modifications dans les habitudes de sommeil) et le groupe n°18 (modifications de l'appétit).

Tristesse	<p>Je ne me sens pas triste.</p> <p>Je me sens très souvent triste.</p> <p>Je suis tout le temps triste.</p> <p>Je suis si triste ou si malheureux(se), que ce n'est pas supportable.</p>
Pessimisme	<p>Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.</p> <p>Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.</p> <p>Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.</p> <p>J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.</p>
Échecs dans le passé	<p>Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).</p> <p>J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.</p> <p>Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.</p> <p>J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.</p>
Perte de plaisir	<p>J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.</p> <p>Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.</p> <p>J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.</p> <p>Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.</p>
Sentiment de culpabilité	<p>Je ne me sens pas particulièrement coupable.</p> <p>Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.</p> <p>Je me sens coupable la plupart du temps.</p> <p>Je me sens tout le temps coupable.</p>
Sentiment d'être puni(e)	<p>Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).</p> <p>Je sens que je pourrais être puni(e).</p> <p>Je m'attends à être puni(e).</p> <p>J'ai le sentiment d'être puni(e).</p>
Sentiments négatifs envers soi-même	<p>Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.</p> <p>J'ai perdu confiance en moi.</p> <p>Je suis déçu(e) par moi-même.</p> <p>Je ne m'aime pas du tout.</p>
Attitude critique envers soi	<p>Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.</p> <p>Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.</p> <p>Je me reproche tous mes défauts.</p> <p>Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.</p>
Pensées ou désirs de suicide	<p>Je ne pense pas du tout à me suicider.</p> <p>Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.</p> <p>J'aimerais me suicider.</p> <p>Je me suiciderais si l'occasion se présentait.</p>

Pleurs	<p>Je ne pleure pas plus qu'avant. Je pleure plus qu'avant. Je pleure pour la moindre petite chose. Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.</p>
Agitation	<p>Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude. Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude. Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille. Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.</p>
Perte d'intérêt	<p>Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités. Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses. Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses. J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.</p>
Indécision	<p>Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant. Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions. J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions. J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.</p>
Dévalorisation	<p>Je pense être quelqu'un de valable. Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant. Je me sens moins valable que les autres. Je sens que je ne vauds absolument rien.</p>
Perte d'énergie	<p>J'ai toujours autant d'énergie qu'avant. J'ai moins d'énergie qu'avant. Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose. J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.</p>
Modifications dans les habitudes de sommeil	<p>Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé. a) Je dors un peu plus que d'habitude. b) Je dors un peu moins que d'habitude. a) Je dors beaucoup plus que d'habitude. b) Je dors beaucoup moins que d'habitude. a) Je dors presque toute la journée. b) Je me réveille une ou deux heure(s) plus tôt et je suis incapable de me rendormir.</p>
Irritabilité	<p>Je ne suis pas plus irritable que d'habitude. Je suis plus irritable que d'habitude. Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude. Je suis constamment irritable.</p>

Modifications de l'appétit	<p>Mon appétit n'a pas changé.</p> <p>a) J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.</p> <p>b) J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.</p> <p>a) J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.</p> <p>b) J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.</p> <p>a) Je n'ai pas d'appétit du tout.</p> <p>b) J'ai constamment envie de manger.</p>
Difficulté à se concentrer	<p>Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.</p> <p>Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.</p> <p>J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.</p> <p>Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.</p>
Fatigue	<p>Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.</p> <p>Je me fatigue plus facilement que d'habitude.</p> <p>Je suis trop fatigué(e) pour faire grand nombre de choses que je faisais avant.</p> <p>Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.</p>
Perte d'intérêt pour le sexe	<p>Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.</p> <p>Le sexe m'intéresse moins qu'avant.</p> <p>Le sexe m'intéresse beaucoup moins qu'avant.</p> <p>J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.</p>

Annexe 4 : Ruminative Response Scamle (RRS)

RRS

Les gens pensent et font différentes choses lorsqu'ils se sentent découragés, tristes ou déprimés. Veuillez lire chacun des énoncés ci-dessous et **indiquer à quelle fréquence vous faites ce qui est mentionné lorsque vous vous sentez découragé, triste ou déprimé.**

Indiquez ce que vous faites habituellement et non ce que vous pensez que vous devriez faire.

	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
1. Penser à quel point vous vous sentez seul(e)				
2. Penser « je ne serai pas capable de faire mon travail parce que je me sens tellement mal... »				
3. Penser à vos sensations de fatigue et de douleur				
4. Penser à quel point il est difficile de vous concentrer				
5. Penser à quel point vous vous sentez passif(ve) et démotivé(e)				
6. Analyser des événements récents pour essayer de comprendre pourquoi vous êtes déprimé(e)				
7. Penser à quel point vous ne semblez plus rien ressentir				

8. Penser « Pourquoi ne puis-je pas me mettre au travail ? »				
9. Penser « Pourquoi est-ce que je réagis toujours de cette façon ? »				
10. Partir seul et penser aux raisons pour lesquelles vous vous sentez comme cela				
11. Écrire ce à quoi vous pensez et l'analyser				
12. Penser à une situation récente en souhaitant que ça se soit mieux passé				
13. Penser : « Pourquoi ai-je des problèmes que les autres n'ont pas ? »				
14. Penser à quel point vous vous sentez triste.				
15. Penser à tous vos défauts, faiblesses, fautes et erreurs ;				

	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
16. Penser à quel point vous n'avez envie de rien faire.				
17. Analyser votre personnalité pour essayer de comprendre pourquoi vous êtes déprimé(e)				
18. Aller quelque part seul(e) pour penser à ce que vous ressentez				
19. Penser à quel point vous êtes en colère contre vous-même ;				
20. Penser « Qu'ai-je fait pour mériter cela ? »				
21. Penser « Je ne serai pas capable de me concentrer si je continue à me sentir comme cela »				
22. Penser « Pourquoi ne puis-je pas mieux gérer les choses ? »				

Annexe 7 : Tableau de normalité des données

	Test de normalité de de Kolmogorov-Smimov		
	K-S	P	Normalité
Âge	.25	.01	Non
PASAT	.14	.05	Non
BDI	.14	.05	Non
Erreurs	.17	.01	Non
Anxiété	.08	.20	Oui
Ruminative Response Scale			
RRS total	.07	.20	Oui
Ressassement	.08	.20	Oui
Réflexion	.10	.20	Oui
SBI			
Total positif	.10	.20	Oui
Total négatif	.12	.15	Oui
Anticipation positive	.12	.15	Oui
Anticipation négative	.12	.10	Oui
Moment présent positif	.13	.10	Oui
Moment présent négatif	.14	.05	Non
Passé positif	.13	.10	Oui
Passé négatif	.18	.01	Non
Temps de réaction			
Happy valide	.09	.20	Oui
Happy invalide	.09	.20	Oui
Neutre valide	.08	.20	Oui
Neutre invalide	.09	.20	Oui
Sad valide	.07	.20	Oui
Sad invalide	.09	.20	Oui
CV			
CV happy	.11	.15	Oui
CV neutre	.06	.20	Oui
CV sad	.06	.20	Oui
Biais de désengagement	.09	.20	Oui

Résumé

La littérature scientifique a étudié à de nombreuses reprises la dépression, notamment à travers les biais attentionnels impliqués au sein de ce trouble et sur lesquels nous allons nous étendre au sein de ce mémoire. De façon plus précise, notre travail consistait à investiguer les liens qu'entretient le biais de désengagement attentionnel avec la dépression, ainsi qu'avec la rumination mentale, cette dernière étant un comportement fortement lié à la dépression.

Certaines recherches empiriques ont mis en évidence la présence de ce biais dans la dépression. Celui-ci se caractérise par une difficulté éprouvée par le patient à désengager son focus attentionnel des informations négatives, cela se traduisant par un temps de réaction plus long pour répondre à un stimulus lorsqu'il se situe du côté opposé à cette information. D'autres études cependant ne sont pas parvenues à répliquer ces résultats et n'ont par conséquent pas observé ce biais dans leur échantillon. Par ailleurs, il semblerait que ce biais soit aussi lié à la rumination et que celle-ci jouerait un rôle médiateur dans la relation entre la dépression et le biais attentionnel.

Ce mémoire avait pour but de poursuivre ces études en employant une tâche de sondage spatial constituée de 168 visages représentant 3 émotions (joyeux, neutres, triste). Notre échantillon se composait de 101 sujets non-cliniques (67 femmes et 34 hommes) répartis en deux groupes selon leurs scores obtenus à l'échelle de dépression de Beck (BDI-II) (absence de symptômes : $BDI \leq 5$ VS présence de symptômes : $BDI > 5$). Cette échelle ainsi que la Ruminative Response Scale (RRS) leur a été proposée à la suite de la tâche informatisée.

Les résultats de cette étude ne nous permettent pas de conclure à l'existence d'un biais de désengagement attentionnel au sein de notre échantillon. Par ailleurs, nous n'observons pas de différence significative du temps de réaction selon le groupe BDI ni selon la valence émotionnelle des visages présentés. De plus, l'interaction effectuée sur ces variables ne vérifie pas l'hypothèse selon laquelle la présence ou non de symptômes dépressifs joue un rôle en ce qui concerne le temps de réaction en fonction de l'émotion présentée. Enfin, les scores obtenus à la BDI n'influencent pas l'orientation attentionnelle envers les visages tristes.