



**HAL**  
open science

# La perspective temporelle de patients déprimés : son évolution en thérapie et son lien avec les stratégies de coping et les schémas précoces inadaptés

Héline Kaya Lefèvre

► **To cite this version:**

Héline Kaya Lefèvre. La perspective temporelle de patients déprimés : son évolution en thérapie et son lien avec les stratégies de coping et les schémas précoces inadaptés. Psychologie. Université Paris Cité, 2019. Français. NNT : 2019UNIP5023 . tel-03903881

**HAL Id: tel-03903881**

**<https://theses.hal.science/tel-03903881>**

Submitted on 16 Dec 2022

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

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



# Université de Paris

Ecole Doctorale 261 « Cognition, Comportement, Conduites Humaines »

*Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé (EA 4057)*

---

## La perspective temporelle de patients déprimés

*Son évolution en thérapie et son lien avec les stratégies de coping et les schémas précoces inadaptés*

---

Par Héline KAYA LEFÈVRE

Thèse de doctorat de Psychologie

Dirigée par Catherine BUNGENER

Présentée et soutenue publiquement le 19 novembre 2019

Devant un jury composé de :

**Pr. Catherine BUNGENER**

Université Paris Descartes

Directrice

**Pr. Thémis APOSTOLIDIS**

Université Aix-Marseille

Rapporteur

**Pr. Céline BAEYENS**

Université Grenoble Alpes

Rapporteuse

**Pr. Olivier LUMINET**

Université Catholique de Louvain

Examineur

**Mme Aurélie DOCTEUR**

Hôpital Sainte-Anne

Examinatrice



Except where otherwise noted, this is work licensed under <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>

---

## La perspective temporelle de patients déprimés : son évolution en thérapie et son lien avec les stratégies de coping et les schémas précoces inadaptés

---

**Résumé :** La perspective temporelle (PT) peut être définie comme l'attitude subjective d'un individu envers son passé, son présent et son futur. La PT joue un rôle dans une part non négligeable du fonctionnement psychologique et impact les pensées et comportements au quotidien, ce qui suggère qu'elle pourrait être impliquée en santé mentale et notamment dans les troubles dépressifs. En effet, les études sur le pessimisme, la mémoire autobiographique ou encore les ruminations mettent indirectement en évidence que les patients déprimés pourraient avoir un rapport altéré au temps. Cependant, la PT manque encore à être étudiée auprès de patients cliniquement déprimés, ce qui pourrait pourtant permettre d'enrichir notre compréhension des mécanismes impliqués dans le fonctionnement dépressif. Par ailleurs, la PT n'a été que très rarement étudiée en psychothérapie, malgré plusieurs arguments suggérant que les TCC et la pleine conscience pourraient permettre de réduire les biais temporels négatifs. Ainsi, ce travail a pour objectif d'investiguer les différences de PT entre des patients déprimés et des participants non-déprimés, ainsi que l'évolution du profil temporel des patients déprimés avant et après une thérapie de type TCC et une thérapie de type pleine conscience. Enfin, la relation entre la PT et des variables psychologiques impliquées dans la dépression (i.e. coping et schémas précoces inadaptés) a été investiguée, toujours auprès de patients déprimés.

Quatre-vingts patients diagnostiqués d'un Episode Dépressif Caractérisé et 83 participants non-déprimés ont été inclus. Les patients ont été préalablement diagnostiqués par un psychiatre. Les participants non-déprimés ont été recrutés en ligne, en population générale, et étaient inclus dans le groupe non-déprimé lorsque leur score au BDI était <4 et qu'ils ne remplissaient pas les critères du MINI pour la dépression. Tous les participants ont répondu à des auto-questionnaires mesurant la perspective temporelle (ZTPI), la dépression (BDI-13), l'anxiété (STAI-Y), le coping (CISS), et les schémas précoces inadaptés de Young (YSQ), ainsi qu'à des questions évaluant les critères du MINI pour un trouble dépressif. Parmi les patients, trente d'entre eux ont répondu une nouvelle fois aux questionnaires à l'issue d'une thérapie TCC, et douze d'entre eux à l'issue d'une thérapie pleine conscience. Les analyses réalisées impliquaient des analyses de comparaison, de corrélation et de régression, ainsi que des analyses de médiation. De plus, une étude complémentaire a été réalisée auprès de 319 participants de la population générale, et des analyses en cluster ont été conduites afin de mettre en évidence des profils temporels basés sur les dimensions de la perspective temporelle.

Les résultats indiquent que la PT est significativement altérée chez les patients déprimés : ils ont une vision plus négative du passé, une attitude moins hédoniste et davantage fataliste, et moins d'orientation vers le futur, en comparaison des participants non-déprimés. De plus, les analyses longitudinales mettent en évidence que le profil temporel des patients peut évoluer après thérapie : ils ont une vision moins négative du passé, davantage d'orientation vers le futur, et un profil temporel plus équilibré après la thérapie de type TCC. Après la thérapie de type pleine conscience, seule la vision du passé s'est améliorée. Les résultats montrent également qu'auprès des patients déprimés, le *passé négatif* et le *présent fataliste* sont positivement associés à des stratégies de coping émotionnelles dysfonctionnelles ainsi qu'à des schémas inadaptés impliquant une vision négative et insécurisante d'eux-mêmes et des autres. Dans notre étude complémentaire, les analyses en clusters mettent en évidence trois types de profil temporel : un premier profil qui pourrait être considéré comme négatif et dysfonctionnel, un second qui pourrait être considéré comme focalisé sur le présent, et un troisième profil qui pourrait être considéré comme positif et fonctionnel.

Ce travail permet de souligner l'importance de prendre en compte toutes les dimensions temporelles dans la dépression, et suggère qu'un certain type de profil temporel pourrait constituer une vulnérabilité aux troubles dépressifs et être impliqué dans la symptomatologie dépressive. De plus, le profil temporel des patients déprimés pourrait être amélioré en thérapie, malgré la nécessité de répliquer ces résultats auprès de plus larges échantillons. Cela devrait encourager des investigations ultérieures quant à l'intérêt d'intégrer des stratégies thérapeutiques centrées sur les biais temporels dans les thérapies existantes. Par ailleurs, les résultats suggèrent qu'une vision négative du passé et une attitude fataliste seraient liés à un coping focalisé sur les émotions négatives et à une représentation insécurisante de soi et des relations, ce qui pourrait être compris au regard du rôle de la PT dans le sentiment d'identité et d'efficacité. Enfin, ce travail contribue à une réflexion théorique et méthodologique autour du concept de perspective temporelle, sur ses limites actuelles mais aussi son intérêt prometteur pour le champ de la psychopathologie et de la santé mentale.

**Mots-clefs :** *perspective temporelle, dépression, TCC, pleine conscience, coping, schémas précoces inadaptés*



---

## Time perspective among depressed patients: evolution in therapy and relationship with coping and early maladaptive schemas

---

**Abstract:** Time perspective (TP) can be described as an individual's attitude toward personal past, present and future. TP plays a role in several areas of psychological functioning and impacts actual thoughts and behaviours, suggesting that it could influence mental health such as depression. In fact, literature data on pessimism, autobiographical memory and rumination highlight that depressed patients could have an altered temporal profile. However, time perspective has not been studied among depressed patients and could help improve our understanding of depression mechanisms. Moreover, TP has been very seldom studied in psychotherapy, despite several arguments suggesting that CBT therapy and mindfulness for depression could help reduce negative temporal bias.

Thus, this present study aims to investigate the differences of TP between depressed patients and non-depressed participants, as well as the relationship between time perspective and depressive symptomatology. We also aim to investigate the evolution of TP before and after CBT therapy and mindfulness therapy, among depressed patients. Finally, we will investigate the relationship between TP and psychological variables involved in depression, i.e. coping strategy and early maladaptive schemas, among depressed patients.

Eighty patients diagnosed with Characterized Depressive Disorder and 83 non-depressed participants were included. Depressed patients were diagnosed by a psychiatrist. Non-depressed participants were recruited online, among the general population. Participants were included in the non-depressed group when they had a BDI score <4 and did not meet the MINI criteria for depression. Participants were asked to answer time perspective (ZTPI), depression (BDI-13), anxiety (STAI-Y), coping (CISS) and Young's maladaptive schemas (YSQ) self-reported inventories, and the MINI criteria for depressive disorder.

Among depressed patients, thirty of them answered those inventories a second time after CBT group therapy for depression, and twelve of them after mindfulness group therapy for depression. Statistical analysis included comparison analysis, correlation and regression analysis, and mediation analysis. A complementary study was conducted among 319 participants recruited in the general population, and cluster analysis was conducted in order to determine temporal profiles based on time perspective.

Results indicate that TP is significantly altered among depressed patients: they display a more negative view of their past, a less hedonistic perspective towards their present, a more fatalistic perspective, and fewer future orientation, when compared to non-depressed participants.

Moreover, longitudinal analysis shows that TP of depressed patients can evolve after therapy: they display a less negative view of the past, more future orientation, and a more balanced temporal profile after CBT therapy. After mindfulness therapy, only the view of the past was improved.

Results also indicate that among depressed patients, *negative past* and *fatalistic present* are positively related to dysfunctional emotional coping (eg. denial, blame), and to maladaptive schemas involving a negative and insecure vision of themselves and of others (eg. shame, guilt, loneliness, vulnerability, failure, mistrust towards others).

In our complementary study, cluster analysis indicates 3 types of temporal profile: the first profile could be considered as negative and dysfunctional, the second profile could be considered as present-focused, and the third profile could be considered as positive and functional.

Our work highlights the necessity of considering all time dimensions in the context of depression and suggests that a specific temporal profile might be considered as vulnerability for depressive disorder and could be involved in depressive symptomatology. Moreover, TP of depressed patients could be improved in therapy, despite results needing to be replicated among larger samples. This should encourage further studies to investigate the efficacy of incorporating temporal-focused therapeutic strategy into CBT and mindfulness.

Results also suggest that a negative view of the past and a fatalistic attitude are related to negative emotional coping and insecure representation of oneself and relationships, which could be understood in regards of the role of time perspective in the sense of identity and efficacy. Finally, our work also contributes to a theoretical and methodological reflexion on time perspective, its actual limitations but also its promising interest in psychopathology and mental health.

**Key words:** *time perspective, depression, CBT, mindfulness, coping, early maladaptive schemas*



*“Je suis là, dans ce lit, sans dormir, à ruminer le futur,  
A tenter de démêler, dérouler, dénouer,  
De raccommoder passé au futur,  
De minuit jusqu’à l’aube, quand le passé n’est que déceptions,  
Et le futur sans issue... ”*

T.S. Eliot

A mon grand père



# REMERCIEMENTS

L'aboutissement de ce travail de thèse n'a été possible que grâce aux conseils, à la guidance et au soutien de nombreuses personnes qui ont chacune joué un rôle important dans ma vie professionnelle comme personnelle. Je tiens donc à remercier chacun et chacune d'entre vous.

Je tiens avant tout à adresser mes plus vifs remerciements à ma Directrice de recherche, le Professeur Catherine Bungener. Merci, tout d'abord, d'avoir accepté de diriger ce travail et de m'avoir fait confiance lorsque je suis venue vous parler d'un projet qui s'éloignait de vos thématiques de recherche. J'admire votre grande curiosité et votre ouverture. Mais surtout, merci infiniment pour votre accompagnement, toujours bienveillant, pour vos encouragements et votre rationalité qui ont su apaiser l'esprit anxieux que je suis. Grâce à vous, j'ai pu travailler dans un équilibre parfait entre soutien et autonomie, et je n'aurais pu rêver d'une direction qui me corresponde davantage. Merci aussi pour nos échanges, toujours stimulants et éclairants, pour votre réactivité impressionnante à toute heure ; mais surtout, un grand MERCI pour la confiance que vous avez su insuffler en moi et qui m'assure des bases sereines dans la construction de mon identité d'apprentie chercheuse.

Un grand merci également à tous les professionnels de l'Hôpital Sainte-Anne et du Centre de la Dépression pour leur accueil chaleureux, leur disponibilité, leur aide dans le recrutement ainsi que pour nos échanges et leurs conseils enrichissants. Ce fut un honneur de collaborer avec chacun et chacune d'entre vous. Je tiens à remercier tout particulièrement le Docteur Mirabel-Sarron et le Professeur Gorwood d'avoir permis à ce projet d'exister, et dont l'excellence continue de m'inspirer. Merci également à Laurence, dont la joie de vivre et la gentillesse ont égayé mes visites, ainsi qu'à Valérie et Alexandra de m'avoir accueilli et d'avoir porté un regard bienveillant et curieux sur les prémices de ce projet.

Je souhaite également remercier les membres du jury de m'avoir fait l'honneur d'accepter d'évaluer ce travail.

Je remercie le Professeur Thémis Apostolidis d'avoir accepté d'être rapporteur de cette thèse. Nos échanges autour du concept de perspective temporelle à Marseille ont été marquants et passionnants pour moi, et m'ont permis d'avancer dans ma réflexion théorique et méthodologique. Votre expertise dans le domaine m'est précieuse, et je suis sûre que votre évaluation de ce travail sera une opportunité pour moi de nourrir encore davantage ces réflexions.

Je remercie la Professeure Céline Baeyens d'avoir également accepté d'être rapporteure de cette thèse, et le Professeur Olivier Luminet d'avoir accepté d'être examinateur de cette thèse.

Un immense merci à Aurélie Docteur, qui m'accompagne depuis mon premier stage à la C.M.M.E. Je te remercie d'avoir accepté d'être examinatrice au sein de ce jury. Tu as guidé mes premiers pas en tant qu'apprentie psychologue mais aussi en tant qu'apprentie chercheuse, et tu m'as toujours poussé vers l'autonomie. L'incroyable clinicienne que tu es sera une inspiration et un modèle tout au long de ma future carrière, et je garde soigneusement tous tes précieux conseils dans un coin de mon esprit.

Je souhaite remercier tous mes collègues que je compte aujourd'hui parmi mes amis, pour leurs conseils autant que pour leur soutien. L'aventure de la thèse en solitaire, je n'ose même pas l'imaginer ! Alors merci Tristan (dont nos chemins semblent se rejoindre inlassablement), merci Lucile et Lucie, « les deux Lulu » ... nous avons commencé cette aventure ensemble tous les quatre, et c'est avec une véritable émotion que je soutiens à vos côtés trois ans plus tard. Merci à Anne-Emmanuelle, Marina et (Alexis) (oui, cette parenthèse te suivra), « les anciens », ceux qui nous ont pris sous leurs ailes. Merci pour vos conseils, votre expérience, et votre accueil qui m'ont permis de m'épanouir dès mon arrivée dans le laboratoire. #tindoc & docliverro, still going ! Merci également à Eléonore, Jonathan, Lucille, Margaux et Astrid ; j'attends avec impatience d'assister à vos soutenances.

Plus généralement, je remercie l'ensemble des membres du Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé, qui ont chacun et chacune contribués à enrichir ma réflexion et mes connaissances au gré des séminaires et de nos échanges. Je tiens à remercier particulièrement le Professeur Isabelle Varescon, Directrice du Laboratoire ; son investissement, notamment dans l'intégration des doctorants, fait du LPPS un laboratoire riche et dynamique sur le plan scientifique. Merci également à Géraldine Dorard, notre collaboration et ton encadrement sur l'article ont grandement contribué à améliorer mes compétences sur le plan de l'écriture scientifique et des analyses statistiques.

On dit que les amitiés de fac sont les plus solides, je n'en doute plus. Alors merci Julie, pour ta présence constante (et désormais indispensable) depuis le tout premier jour sur les bancs de la fac, et merci Charlotte. Je porte un regard nostalgique sur toutes ces années passées ensemble, à ~~procrastiner~~ réviser anxieusement autour d'un café. Mais vous êtes toujours là, trois ans après le diplôme, et je sais que ce n'est pas près de changer malgré les chemins différents que nous prenons. Merci à Nico, dont j'espère que nos routes se recroiseront très vite, et merci à la bande de l'AFTCC, Mathilde, Oriane et Gersende.

Et parce qu'il n'y a pas que les psychologues qui comptent, un grand merci également à mes amis les plus anciens. Kate, merci pour ta relecture minutieuse, et merci pour toutes ces ~~nuits~~ soirées de discussions enflammées entre deux bingages de séries (et ~~quelques verres de vin~~). Pierre, *Wookie*, c'est toi qui m'as poussé vers le chemin de la recherche et qui a encouragé mes premiers pas dans le monde de la psychologie il y a maintenant huit ans. Merci d'être encore là pour me pousser à me remettre en question, et merci pour ta sincérité -souvent crue, mais toujours éclairante-.

JD, merci infiniment pour ton soutien et pour le regard confiant que tu portais sur moi.

Camille, je crains de ne pas pouvoir résumer ici toute ma reconnaissance. Merci d'être mon plus grand ami, mon meilleur complice, mon indispensable. Depuis que tu as quitté ton bureau, je crois que je suis un peu partie avec toi. Mais peu importe où tu es, notre amitié a depuis bien longtemps brisée les barrières de l'université. Merci pour les échanges passionnés (oserais-je dire disputes ?), les fous rires, merci de co-ruminer avec moi, merci d'ouvrir mon esprit un peu plus chaque jour. De toute façon, on sait qu'on terminera tous les deux à Rome, chez Ricki, à manger de la burrata en se plaignant de tout #onestlesméchants.

Un grand merci à mes parents, qui m'ont encouragée et portée depuis toutes ces années, m'ont soutenue et aimée inconditionnellement. Maman, papa, merci de supporter l'enfant capricieuse et insolente que je reste, et qui au fond vous aime tellement (même si elle devrait le dire plus souvent). Quelle chance j'ai eu de tomber sur vous... Merci à ma grand-mère, je sais que tu es là par le cœur. Merci à Catherine, Patrick et Garance, et pardon d'avoir été si peu présente ; vous restez ma deuxième famille de cœur.

Une pensée très émue pour mon grand-père, *pépère*. J'aurais tant aimé que tu assistes à cette soutenance, même si bien évidemment tu n'aurais rien entendu (mais j'aurais parlé très fort, exprès pour toi).

Sylvain, *chaton*, merci de t'être incrusté dans ma vie il y a presque deux ans déjà. Merci pour ta présence et ton soutien silencieux mais toujours perceptible. Merci d'accepter et d'apaiser mes sauts d'humeur ~~irrationnels~~, et merci d'avoir rendu ma dernière année de thèse bien plus passionnante (mais peut-être moins studieuse ?) qu'elle ne l'aurait été sans toi. On s'est dit un jour qu'on préférerait s'exprimer par des actes que par des mots, alors je vais m'arrêter là.

Et enfin, merci aux patients. Merci à ceux et celles qui nous donne de leur temps, de leur confiance et de leur énergie dans des moments de difficulté et de vulnérabilité. La recherche est faite pour vous mais surtout par vous ; et sans vous, elle n'existerait pas.



# TABLE DES MATIERES

INDEX DES FIGURES.....	1
------------------------	---

INDEX DES TABLEAUX.....	3
-------------------------	---

## PREMIERE PARTIE :

REVUE DE LA LITTERATURE.....	5
------------------------------	---

Introduction générale.....	6
----------------------------	---

CHAPITRE 1. LE CONCEPT DE PERSPECTIVE TEMPORELLE.....	8
---	---

<b>1. La théorie de la perspective temporelle.....</b>	<b>10</b>
--	-----------

1.1. Les cinq dimensions de la perspective temporelle .....	13
---	----

1.1.1. <i>Le passé</i> .....	13
------------------------------	----

1.1.2. <i>Le présent</i> .....	13
--------------------------------	----

1.1.3. <i>Le futur</i> .....	14
------------------------------	----

1.2. La notion de « Balanced Time Perspective » .....	14
---	----

<b>2. Perspective temporelle et fonctionnement psychologique .....</b>	<b>17</b>
--	-----------

2.1. Perspective temporelle et personnalité.....	17
--	----

2.2. Perspective temporelle, bien-être et santé.....	22
--	----

2.2.1. <i>Perspective temporelle, bien-être, satisfaction de vie et affects</i> .....	22
---	----

2.2.2. <i>Perspective temporelle, comportements de santé et comportements à risque</i> .....	23
--	----

<b>3. Chapitre 1 : conclusion.....</b>	<b>25</b>
--	-----------

CHAPITRE 2. DEPRESSION ET RAPPORT AU TEMPS .....	27
--	----

<b>1. Dépression : définition, épidémiologie et critères diagnostiques .....</b>	<b>28</b>
--	-----------

1.1. Définition et épidémiologie.....	28
---------------------------------------	----

1.2. Critères diagnostiques de la dépression.....	30
---	----

<b>2. Dépression et rapport au temps : données théoriques .....</b>	<b>33</b>
---	-----------

2.1. Le rapport au temps dans le modèle de la dépression de Beck (1976) .....	33
---	----

2.1.1. <i>La notion de perte</i> .....	33
--	----

2.1.2. <i>La baisse d'estime de soi et l'autocritique</i> .....	34
---	----

2.1.3. <i>Le pessimisme</i> .....	36
-----------------------------------	----

2.1.4. <i>La tristesse et l'apathie</i> .....	37
---	----

2.1.5. <i>L'altération de la motivation</i> .....	37
---	----

2.1.6. <i>Le comportement suicidaire</i> .....	38
--	----

2.1.7. <i>Le rapport au temps dans le modèle de la dépression de Beck : conclusion</i> .....	39
--	----

2.2. Le rapport au temps dans les fondamentaux de la théorie cognitive et comportementale de la dépression.....	42
---	----

2.2.1. <i>L'impuissance apprise</i> .....	42
---	----

2.2.2. <i>Les distorsions cognitives et processus cognitifs</i> .....	44
---	----

<b>3. Dépression et rapport au temps : données empiriques .....</b>	<b>46</b>
3.1. Etude indirecte du rapport au temps dans la dépression.....	46
3.1.1. <i>Espoirs et attentes envers le futur : pessimisme et optimisme dans la dépression</i> .....	46
3.1.2. <i>Mémoire autobiographique et dépression</i> .....	49
3.1.2.1. <i>Dépression et biais mémoriels négatifs</i> .....	50
3.1.2.2. <i>Réduction de la spécificité de la mémoire autobiographique et prospective dans la dépression</i> .....	52
3.1.3. <i>Dépression et ruminations</i> .....	54
3.1.4. <i>Le rapport au temps dans la dépression : synthèse et conclusion</i> .....	57
3.2. Perspective temporelle et dépression : état de la littérature .....	59
<b>4. Chapitre 2 : conclusion.....</b>	<b>65</b>
CHAPITRE 3. PERSPECTIVE TEMPORELLE ET THERAPIES .....	67
<b>1. Présentation et limites de la thérapie focalisée sur la perspective temporelle .....</b>	<b>68</b>
<b>2. Le rapport au temps en thérapie pour la dépression : l'exemple des TCC.....</b>	<b>71</b>
2.1. Les bases des TCC.....	71
2.2. TCC et dépression.....	73
2.3. TCC et rapport au temps .....	74
<b>3. Le rapport au temps en thérapie pour la dépression : l'exemple de la pleine conscience .....</b>	<b>81</b>
3.1. Les bases de la pleine conscience .....	81
3.2. Pleine conscience et dépression .....	82
3.3. Pleine conscience et rapport au temps .....	84
<b>4. Chapitre 3 : conclusion.....</b>	<b>88</b>
CHAPITRE 4. PERSPECTIVE TEMPORELLE, COPING ET SCHEMAS PRECOCES INADAPTES .....	90
<b>1. Coping et perspective temporelle .....</b>	<b>90</b>
1.1. Coping : définition, théorie, classification .....	90
1.1.1. <i>Définition et modèle théorique du coping</i> .....	90
1.1.2. <i>Taxonomie des stratégies de coping</i> .....	93
1.1.3. <i>Efficacité des stratégies de coping</i> .....	94
1.1.4. <i>Déterminants des stratégies de coping</i> .....	95
1.2. Coping et dépression.....	96
1.3. Coping et perspective temporelle .....	97
1.3.1. <i>Arguments théoriques</i> .....	97
1.3.2. <i>Données de la littérature scientifique</i> .....	100
1.3.2.1. <i>Etudes chez les adolescents et jeunes adultes</i> .....	100
1.3.2.2. <i>Etudes chez les adultes</i> .....	102
1.4. Coping et perspective temporelle : conclusion.....	105
<b>2. Schémas précoces inadaptés et perspective temporelle.....</b>	<b>106</b>
2.1. Schémas précoces inadaptés : définition, théorie, classification.....	106
2.2. Schémas précoces inadaptés et dépression.....	108
2.3. Schémas précoces inadaptés et perspective temporelle : arguments conceptuels, mais absence de données empiriques .....	110
2.3.1. <i>Similitudes conceptuelles</i> .....	110
2.3.2. <i>SPI et dimensions de la perspective temporelle</i> .....	111
2.4. Schémas précoces inadaptés et perspective temporelle : conclusion .....	116

<b>DEUXIEME PARTIE :</b>	
<b>METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE .....</b>	<b>118</b>
<b>1. PROBLEMATIQUE, OBJECTIFS ET HYPOTHESES.....</b>	<b>119</b>
<b>1.1. Problématique et objectifs.....</b>	<b>119</b>
<b>1.2. Hypothèses.....</b>	<b>121</b>
1.2.1. Hypothèses de l'axe 1 : perspective temporelle et dépression .....	121
1.2.2. Hypothèses de l'axe 2 : perspective temporelle et thérapie .....	122
1.2.3. Hypothèses de l'axe 3 : perspective temporelle, coping et schémas précoces inadaptés .....	122
<b>2. METHODE .....</b>	<b>124</b>
<b>2.1. Population .....</b>	<b>124</b>
2.1.1. Procédure de recrutement et d'inclusion.....	124
2.1.1.1. Groupe clinique : patients déprimés.....	124
2.1.1.2. Groupe contrôle : participants non-déprimés issus de la population générale .....	124
2.1.2. Critères d'inclusion, de non inclusion et d'exclusion .....	125
2.1.2.1. Critères communs au groupe clinique et au groupe contrôle.....	125
2.1.2.2. Critères du groupe clinique.....	126
2.1.2.3. Critères du groupe contrôle.....	126
<b>2.2. Matériel.....</b>	<b>128</b>
2.2.1. Questionnaire socio-démographique et médico-psychologique.....	128
2.2.2. Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I), Module A.....	129
2.2.3. Questionnaire de perspective temporelle de Zimbardo (ZTPI) et mesure de la Deviation from Balanced Time Perspective (DBTP) .....	130
2.2.4. Inventaire abrégé de dépression de Beck (BDI-13) .....	132
2.2.5. Questionnaire d'anxiété état-trait de Spielberger (STAI-Y) .....	133
2.2.6. Inventaire de coping aux situations stressantes (CISS) .....	134
2.2.7. Inventaire des schémas de Young (YSQ) .....	135
<b>2.3. Procédure de la recherche .....</b>	<b>138</b>
2.3.1. Première étape d'évaluation.....	138
2.3.2. Deuxième étape d'évaluation .....	139
2.3.3. Troisième étape d'évaluation.....	140
2.3.3.1. Détails de la thérapie TCC de groupe.....	140
2.3.3.2. Détails de la thérapie pleine conscience de groupe.....	141
<b>3. PRECAUTIONS ETHIQUES .....</b>	<b>143</b>
<b>3.1. Droits du participant.....</b>	<b>143</b>
<b>3.2. Anonymat, confidentialité et gestion des données.....</b>	<b>143</b>
<b>3.3. Sécurité des participants.....</b>	<b>144</b>
<b>4. DESCRIPTION DES PARTICIPANTS DE L'ETUDE .....</b>	<b>145</b>
<b>4.1. Caractéristiques des échantillons du groupe clinique et du groupe contrôle .....</b>	<b>147</b>
<b>4.2. Caractéristiques des échantillons des patients réévalués après thérapie.....</b>	<b>149</b>
<b>4.3. Caractéristiques de tous les participants issus de la population générale .....</b>	<b>151</b>

5. ANALYSE DES DONNEES .....	155
<b>5.1. Analyses descriptives .....</b>	<b>155</b>
<b>5.2. Analyses inférentielles liées aux hypothèses.....</b>	<b>156</b>
5.2.1. Analyses de comparaison .....	156
5.2.2. Analyses de corrélation .....	158
5.2.3. Analyses de régression .....	158
5.2.4. Analyses de médiation.....	159
5.2.5. Analyses en clusters .....	159

## TROISIEME PARTIE :

<b>RESULTATS ET DISCUSSION DE L'AXE 1.....</b>	<b>161</b>
--	------------

<b>1. RESULTATS DE L'AXE 1 .....</b>	<b>162</b>
<b>1.1. Analyses descriptives .....</b>	<b>162</b>
1.1.1. Dépression et anxiété.....	164
1.1.1.1. Dispersion et distribution des scores de dépression et d'anxiété.....	164
1.1.1.2. Fiabilité, description des scores et différences entre le groupe clinique et le groupe contrôle .....	165
1.1.2. Dimensions de la perspective temporelle et DBTP .....	167
1.1.2.1. Dispersion et distribution des scores de perspective temporelle et de DBTP.....	168
1.1.2.2. Fiabilité et description des scores de perspective temporelle.....	169
1.1.3. Variables socio-démographiques et médico-psychologiques .....	170
<b>1.2. Comparaison des scores de perspective temporelle et de DBTP entre patients déprimés et participants non-déprimés.....</b>	<b>172</b>
1.2.1. Rappel des hypothèses .....	172
1.2.2. Comparaison des échantillons .....	172
1.2.2.1. Test t de Student et test U de Mann-Whitney .....	172
1.2.2.2. Taille d'effet (d de Cohen) .....	174
<b>1.3. Analyses de corrélation et de régression entre perspective temporelle, anxiété et dépression.....</b>	<b>175</b>
1.3.1. Rappel des hypothèses .....	175
1.3.2. Corrélations entre perspective temporelle, anxiété et dépression .....	175
1.3.2.1. Corrélations auprès des patients déprimés .....	175
1.3.2.2. Corrélations auprès des participants non-déprimés.....	177
1.3.2.3. Comparaison des corrélations entre patients déprimés et participants non-déprimés .....	179
1.3.3. Analyses de régression : effet prédicteur de la perspective temporelle et de la DBTP sur les scores d'anxiété et de dépression au sein des patients déprimés .....	181
1.3.3.1. Effet prédicteur de la perspective temporelle sur les scores d'anxiété et de dépression .....	181
1.3.3.2. Effet prédicteur de la DBTP sur les scores d'anxiété et de dépression.....	183
1.3.4. Retour aux hypothèses .....	185

2. DISCUSSION DE L'AXE 1 .....	187
2.1. <i>Un rôle fondamental du rapport au passé ?</i> .....	188
2.2. <i>Orientation vers le futur : entre planification et pessimisme, considérations méthodologiques sur le ZTPI</i> .....	190
2.3. <i>Le présent en suspens et la question du plaisir</i> .....	193
2.4. <i>Liens entre symptômes dépressifs et perspective temporelle : un rôle plus important des dimensions négatives ?</i> .....	197
2.5. <i>La question de l'équilibre du profil temporel dans la dépression</i> .....	200
2.6. <i>Limites et perspectives</i> .....	201
2.6.1. La perspective temporelle, facteur de vulnérabilité aux troubles dépressifs ? La question de la causalité.....	201
2.6.2. La question de l'anxiété : quelles spécificités ? .....	203
2.6.3. Quelle place de la perspective temporelle dans les concepts liés au rapport au temps dans la littérature sur la dépression ? .....	204

## QUATRIEME PARTIE :

### RESULTATS ET DISCUSSION DE L'AXE 2 .....206

1. RESULTATS DE L'AXE 2 .....	207
1.1. <i>Analyses descriptives</i> .....	207
1.1.1. Dépression et anxiété.....	209
1.1.1.1. <i>Dispersion et distribution des scores de dépression et d'anxiété</i> .....	209
1.1.1.2. <i>Fiabilité et description des scores d'anxiété et de dépression</i> .....	209
1.1.2. Perspective temporelle et DBTP .....	211
1.1.2.1. <i>Dispersion et distribution des scores de perspective temporelle et de DBTP</i> .....	211
1.1.2.2. <i>Fiabilité et description des scores de perspective temporelle</i> .....	212
1.1.3. Variables socio-démographiques.....	212
1.2. <i>Evolution de la perspective temporelle et de la DBTP avant et après TCC</i> .....	213
1.2.1. Rappel des hypothèses .....	213
1.2.2. Analyses de comparaison avant et après thérapie TCC.....	213
1.2.2.1. <i>Symptômes dépressifs et anxieux</i> .....	214
1.2.2.2. <i>Perspective temporelle et DBTP</i> .....	214
1.2.3. Retour aux hypothèses .....	216
1.3. <i>Evolution de la perspective temporelle et de la DBTP avant et après MBCT</i> .....	217
1.3.1. Rappel des hypothèses .....	217
1.3.2. Analyses de comparaison avant et après thérapie MBCT.....	217
1.3.2.1. <i>Symptômes dépressifs et anxieux</i> .....	217
1.3.2.2. <i>Perspective temporelle et DBTP</i> .....	218
1.3.3. Retour aux hypothèses .....	219
1.4. <i>Analyses complémentaires : effet prédicteur de la perspective temporelle et de la DBTP avant thérapie sur la réduction des symptômes anxieux et dépressifs après thérapie</i> .....	220
1.4.1. Effet prédicteur de la perspective temporelle et de la DBTP sur la réduction des symptômes après thérapie TCC.....	220

1.4.1.1.	<i>Analyses de corrélation</i> .....	220
1.4.2.	Effet prédicteur de la perspective temporelle et de la DBTP sur la réduction des symptômes après thérapie MBCT.....	221
1.4.2.1.	<i>Analyses de corrélation</i> .....	221
1.4.2.2.	<i>Analyses de régression</i> .....	222
<b>2.</b>	<b>DISCUSSION DE L'AXE 2</b> .....	<b>225</b>
<b>2.1.</b>	<b><i>Evolution du profil temporel après TCC : amélioration de la tendance à planifier à court-terme et réduction des biais négatifs vis-à-vis du passé</i></b> .....	<b>226</b>
<b>2.2.</b>	<b><i>Evolution du profil temporel après MBCT : quel rôle de l'acceptation dans la réduction de la vision négative du passé ?</i></b> .....	<b>229</b>
<b>2.3.</b>	<b><i>Limites et perspectives</i></b> .....	<b>231</b>
2.3.1.	Limites.....	231
2.3.2.	Analyses complémentaires : quel effet prédicteur du profil temporel initial dans l'efficacité de la thérapie ?.....	233
2.3.3.	Quelle place de la perspective temporelle en thérapie et quelle stabilité du profil temporel ? .....	234

## **CINQUIEME PARTIE :**

### **RESULTATS ET DISCUSSION DE L'AXE 3 .....237**

<b>1.</b>	<b>RESULTATS DE L'AXE 3</b> .....	<b>238</b>
<b>1.1.</b>	<b><i>Analyses descriptives</i></b> .....	<b>238</b>
1.1.1.	Dimensions de coping .....	239
1.1.1.1.	<i>Dispersion et distribution des scores de coping</i> .....	239
1.1.1.2.	<i>Fiabilité et description des scores de coping</i> .....	239
1.1.2.	Schémas précoces inadaptés .....	240
1.1.2.1.	<i>Dispersion et distribution des scores de schémas précoces inadaptés</i> .....	240
1.1.2.2.	<i>Fiabilité et description des scores de schémas précoces inadaptés</i> .....	240
1.1.3.	Variables socio-démographiques et médico-psychologiques.....	241
<b>1.2.</b>	<b><i>Liens entre perspective temporelle, DBTP et stratégies de coping</i></b> .....	<b>241</b>
1.2.1.	Rappel des hypothèses .....	241
1.2.2.	Analyses de corrélation .....	242
1.2.3.	Analyses de régression .....	243
1.2.3.1.	<i>Effet prédicteur de la perspective temporelle sur les stratégies de coping</i> .....	244
1.2.3.2.	<i>Effet prédicteur de la DBTP sur les stratégies de coping</i> .....	247
1.2.4.	Retour aux hypothèses .....	248
1.2.5.	Analyses complémentaires exploratoires : analyses de médiation.....	249
<b>1.3.</b>	<b><i>Liens entre perspective temporelle, DBTP et schémas précoces inadaptés</i></b> .....	<b>253</b>
1.3.1.	Rappel des hypothèses .....	253
1.3.2.	Analyses de corrélation .....	253
1.3.3.	Analyses de régression .....	257
1.3.4.	Retour aux hypothèses .....	263
1.3.5.	Analyses complémentaires exploratoires : analyses de médiation.....	264

<b>2. DISCUSSION DE L'AXE 3</b> .....	<b>267</b>
<b>2.1. Perspective temporelle et coping</b> .....	<b>267</b>
2.1.1. Vision négative du passé, fatalisme et orientation vers le futur : leur rôle dans la perception de la situation actuelle et dans les réactions émotionnelles négatives face à une situation stressante .....	267
2.1.2. Rôle médiateur du coping dans la relation entre perspective temporelle et symptômes anxieux et dépressifs .....	270
2.1.3. Conclusion, limites et perspectives .....	272
<b>2.2. Perspective temporelle et schémas précoces inadaptés</b> .....	<b>276</b>
2.2.1. Quel rôle du rapport au passé et de la résignation dans le sentiment de confiance envers soi et envers autrui ? .....	276
2.2.2. L'orientation vers le futur : double-valence entre sentiment de confiance et exigence envers soi, et considérations méthodologiques .....	277
2.2.3. Rôle médiateur des schémas précoces inadaptés dans la relation entre perspective temporelle et symptômes anxieux et dépressifs .....	278
2.2.4. Conclusion, limites et perspectives .....	279

## **SIXIEME PARTIE :**

### **RESULTATS ET DISCUSSION DE L'ETUDE COMPLEMENTAIRE**

.....	<b>282</b>
<b>1. RESULTATS DE L'ETUDE COMPLEMENTAIRE</b> .....	<b>283</b>
<b>1.1. Analyses descriptives</b> .....	<b>283</b>
1.1.1. Dépression et anxiété .....	284
1.1.1.1. Distribution et dispersion des scores de dépression et d'anxiété .....	284
1.1.1.2. Fiabilité et description des scores d'anxiété et de dépression .....	284
1.1.2. Perspective temporelle et DBTP .....	285
1.1.2.1. Dispersion et distribution des scores de perspective temporelle et de DBTP .....	285
1.1.2.2. Fiabilité et description des scores de perspective temporelle .....	286
1.1.3. Dimension de coping .....	286
1.1.3.1. Dispersion et distribution des scores de coping .....	286
1.1.3.2. Fiabilité et description des scores de coping .....	287
1.1.4. Schémas précoces inadaptés .....	287
1.1.4.1. Dispersion et distribution des scores de schémas précoces inadaptés .....	287
1.1.4.2. Fiabilité et description des scores de schémas précoces inadaptés .....	288
1.1.5. Variables socio-démographiques et médico-psychologiques .....	288
<b>1.2. Analyses en clusters</b> .....	<b>289</b>
1.2.1. Construction des classes .....	289
1.2.2. Description des classes .....	291
1.2.2.1. Description des scores de perspective temporelle .....	291
1.2.2.2. Caractéristiques socio-démographiques et médico-psychologiques .....	295
1.2.3. Comparaison des classes sur les variables dépression, anxiété, coping et schémas précoces inadaptés .....	297
1.2.3.1. Comparaison des profils : DBTP, dépression et anxiété .....	297
1.2.3.2. Comparaison des profils : stratégies de coping .....	298
1.2.3.3. Comparaison des profils : schémas précoces inadaptés .....	299

<b>2. DISCUSSION DE L'ETUDE COMPLEMENTAIRE .....</b>	<b>302</b>
<b>2.1. <i>Le « profil négatif » : un profil temporel dysfonctionnel favorisant les troubles dépressifs et impactant négativement les croyances et le fonctionnement adaptatif ? .....</i></b>	<b>303</b>
<b>2.2. <i>Le « profil présent » : un profil temporel ambivalent, favorisant le plaisir au quotidien et le bien-être à court-terme au détriment d'une prise en considération du futur ? .....</i></b>	<b>306</b>
<b>2.3. <i>Le « profil positif » : un profil temporel fonctionnel, protecteur vis-à-vis des symptômes anxieux et dépressifs et des croyances négatives, et permettant de se sentir capables de faire face aux situations stressantes ? .....</i></b>	<b>307</b>
<b>2.4. <i>Conclusion, limites et perspectives.....</i></b>	<b>309</b>
<b>CONCLUSION GENERALE.....</b>	<b>312</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>319</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>363</b>

# INDEX DES FIGURES

<b>Figure 1.</b> Graphique illustrant le profil de « <i>Balanced Time Perspective</i> », issu du site <i>Time Paradox</i> ( <a href="http://www.timeparadox.com/surveys/">www.timeparadox.com/surveys/</a> ) et repris par Stolarski et al. (2015) .....	16
<b>Figure 2.</b> La triade cognitive de la dépression (Beck, 1976) .....	33
<b>Figure 3.</b> Synthèse du modèle de la dépression de Beck réalisée à partir des écrits de Beck (1976).....	40
<b>Figure 4.</b> Le rapport au temps dans la dépression, synthèse des notions évoquées par Beck (1976).....	41
<b>Figure 5.</b> Schématisation de l'impact du focus sur la dimension « passé » sur l'évaluation de la situation et les réponses de l'individu.....	99
<b>Figure 6.</b> Synthèse des liens qui peuvent être faits entre les schémas précoces inadaptés et les dimensions de la perspective temporelle.....	116
<b>Figure 7.</b> Récapitulatif de la procédure de recherche.....	142
<b>Figure 8.</b> Recrutement des participants et composition de l'échantillon .....	146
<b>Figure 9.</b> Récapitulatif des effectifs et caractéristiques socio-démographiques des participants.....	154
<b>Figure 10.</b> Comparaison entre les patients déprimés et les participants non-déprimés des corrélations significatives entre la perspective temporelle, la DBTP et les symptômes anxieux et dépressifs.....	180
<b>Figure 11.</b> Schéma hypothétique des implications du rapport au temps dans le fonctionnement dépressif.....	196
<b>Figure 12.</b> Effet médiateur du coping centré sur l'émotion dans la relation entre la DBTP et l'anxiété trait.....	250
<b>Figure 13.</b> Effet médiateur du coping centré sur l'émotion dans la relation entre le passé négatif et l'anxiété trait.....	250
<b>Figure 14.</b> Effet médiateur du schéma isolement social dans la relation entre la DBTP et la dépression.....	264
<b>Figure 15.</b> Effet médiateur du schéma isolement social dans la relation entre le passé négatif et la dépression.....	265

<b>Figure 16.</b> <i>Rôle médiateur du coping centré sur l'émotion dans la relation entre perspective temporelle et anxiété trait</i> .....	271
<b>Figure 17.</b> <i>Taille des classes (analyse de cluster Two-step)</i> .....	290
<b>Figure 18.</b> <i>Importance des valeurs prédites (analyse de cluster Two-step)</i> .....	290
<b>Figure 19.</b> <i>Synthèse des analyses en clusters : caractéristiques des trois types de profils temporels</i> .....	300
<b>Figure 20.</b> <i>Les trois types de profil temporel</i> .....	311

# INDEX DES TABLEAUX

<b>Tableau 1.</b> <i>Similarités entre la description des traits de personnalité et les dimensions de la perspective temporelle (Kairys &amp; Liniauskaite, 2015, dans Stolarski et al., 2015 ; adapté de Kairys, 2010) .....</i>	18
<b>Tableau 2.</b> <i>Moyenne, Ecart-type et Comparaison (Test t) des mesures de Perspective Temporelle entre les individus déprimés et les individus non-déprimés (dans Oyadanel &amp; Buela-Casal, 2014) .....</i>	64
<b>Tableau 3.</b> <i>Points communs entre les processus cognitifs impliqués dans la dépression et le profil temporel.....</i>	78
<b>Tableau 4.</b> <i>Récapitulatif de la procédure de recrutement pour chaque groupe.....</i>	127
<b>Tableau 5.</b> <i>Caractéristiques des échantillons du groupe clinique et du groupe contrôle.....</i>	148
<b>Tableau 6.</b> <i>Caractéristiques des patients réévalués après thérapie TCC et MBCT.....</i>	150
<b>Tableau 7.</b> <i>Caractéristiques des participants issus de la population générale.....</i>	153
<b>Tableau 8.</b> <i>Plan d'analyse selon les différents axes de l'étude .....</i>	160
<b>Tableau 9.</b> <i>Analyses descriptives et consistance interne (résultats axe 1) .....</i>	163
<b>Tableau 10.</b> <i>Indices de dispersion et de distribution (résultats axe 1) .....</i>	163
<b>Tableau 11.</b> <i>Comparaison des scores de perspective temporelle et de DBTP entre patients déprimés et participants non-déprimés.....</i>	174
<b>Tableau 12.</b> <i>Corrélations entre les scores de perspective temporelle, de DBTP, d'anxiété et de dépression au sein des patients déprimés .....</i>	177
<b>Tableau 13.</b> <i>Corrélations entre les scores de perspective temporelle, de DBTP, d'anxiété et de dépression au sein des participants non-déprimés.....</i>	178
<b>Tableau 14.</b> <i>Effet prédictif de la perspective temporelle sur les scores d'anxiété et de dépression au sein des patients déprimés.....</i>	182
<b>Tableau 15.</b> <i>Effet prédictif des scores de DBTP sur les scores d'anxiété et de dépression au sein des patients déprimés.....</i>	184
<b>Tableau 16.</b> <i>Analyses descriptives et consistances interne des scores à T1 (avant thérapie) des patients réévalués après thérapie (résultats axe 2) .....</i>	208

<b>Tableau 17.</b> <i>Indices de dispersion et de distribution des scores à T1 (avant thérapie) des patients réévalués après thérapie (résultats axe 2)</i> .....	208
<b>Tableau 18.</b> <i>Comparaison des scores avant et après thérapie de type TCC</i> .....	215
<b>Tableau 19.</b> <i>Comparaison des scores avant et après thérapie de type MBCT</i> .....	218
<b>Tableau 20.</b> <i>Corrélations entre la perspective temporelle et la DBTP à T1 (avant thérapie) et la réduction des symptômes anxieux et dépressifs à T2 (après thérapie) (TCC)</i> .....	221
<b>Tableau 21.</b> <i>Corrélations entre la perspective temporelle et la DBTP à T1 (avant thérapie) et la réduction des symptômes anxieux et dépressifs à T2 (après thérapie) (MBCT)</i> .....	222
<b>Tableau 22.</b> <i>Effet prédicteur des scores de passé positif à T1 (avant thérapie) sur la différence de scores d'anxiété avant-après thérapie (MBCT)</i> .....	223
<b>Tableau 23.</b> <i>Analyses descriptives, consistance interne et indices de dispersion et de distribution (résultats axe 3)</i> .....	238
<b>Tableau 24.</b> <i>Corrélations entre la perspective temporelle, la DBTP et les stratégies de coping au sein des patients déprimés</i> .....	243
<b>Tableau 25.</b> <i>Effet prédicteur de la perspective temporelle sur les stratégies de coping au sein des patients déprimés</i> .....	246
<b>Tableau 26.</b> <i>Effet prédicteur des scores de DBTP sur les stratégies de coping au sein des patients déprimés</i> .....	247
<b>Tableau 27.</b> <i>Corrélations entre la perspective temporelle, la DBTP et les schémas précoces inadaptés au sein des patients déprimés</i> .....	255
<b>Tableau 28.</b> <i>Corrélations entre la perspective temporelle, la DBTP et les quatre grandes dimensions de schémas précoces inadaptés au sein des patients déprimés</i> .....	257
<b>Tableau 29.</b> <i>Effet prédicteur de la perspective temporelle et de la DBTP sur les schémas précoces inadaptés au sein des patients déprimés</i> .....	261
<b>Tableau 30.</b> <i>Analyses descriptives, consistance interne et indices de dispersion et de distribution des scores de la population générale (étude complémentaire)</i> .....	283
<b>Tableau 31.</b> <i>Description des classes selon les scores de perspective temporelle</i> .....	293
<b>Tableau 32.</b> <i>Comparaison des classes selon les scores de perspective temporelle</i> .....	294

PREMIERE PARTIE

---

**Revue de la littérature**

---



# Introduction générale

La dépression est aujourd'hui considérée comme la première cause de morbidité et d'incapacité dans le monde, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (2017). Une personne sur cinq sera touchée par des troubles dépressifs au cours de sa vie, la dépression peut concerner tous les âges et milieux socio-culturels et constitue une véritable urgence médicale au regard du haut risque de suicide qu'elle implique (Sarron & Docteur, 2013).

Malgré l'existence de plusieurs traitements efficaces, les rechutes sont fréquentes (Sarron & Docteur, 2013), ce qui souligne la nécessité de continuer d'améliorer et d'enrichir notre compréhension des mécanismes impliqués dans les troubles dépressifs. Cela pourrait notamment permettre d'identifier de nouveaux facteurs de vulnérabilité, de maintien ou d'aggravation qui pourraient être pris en considération dans la prise en charge des patients déprimés.

Parmi les facteurs potentiellement impliqués dans le fonctionnement dépressif, l'altération du rapport au temps est fréquemment mais indirectement mentionnée dans la littérature ; par l'intermédiaire de la théorie cognitive de Beck, des études sur la mémoire autobiographique, le pessimisme, ou encore les ruminations.

Le concept de perspective temporelle (PT) pourrait alors permettre d'éclairer le rapport au temps dans la dépression, en investiguant simultanément l'attitude subjective des individus vis-à-vis de leur passé, leur présent, et leur futur. Décrite par Zimbardo et Boyd (1999), la perspective temporelle jouerait en effet un rôle dans une part non négligeable du fonctionnement psychologique, et interviendrait dans les comportements et pensées au quotidien.

Malgré de rares études investiguant le lien entre perspective temporelle et symptomatologie dépressive, ce concept manque encore à être étudié en santé mentale, et notamment auprès de patients cliniquement déprimés. Ainsi, l'objectif principal de ce travail sera d'investiguer la perspective temporelle de patients déprimés, afin de mieux comprendre comment le rapport au temps est altéré dans les troubles dépressifs.

Par ailleurs, ces questionnements nous amènent également à nous interroger sur l'intérêt de prendre en considération le profil temporel dans la prise en charge des patients déprimés. A nouveau, la perspective temporelle a très rarement été investiguée sous l'angle

psychothérapeutique. Malgré l'émergence d'une thérapie centrée sur les biais temporels à destination des patients souffrants de stress post-traumatique (Zimbardo, Sword & Sword, 2012), il reste nécessaire d'investiguer dans un premier temps l'intérêt des thérapies déjà couramment utilisées dans la prise en charge de la dépression.

En effet, au regard de leur fonctionnement, certaines thérapies dont l'efficacité dans la dépression est documentée pourraient déjà travailler indirectement sur le rapport au temps : c'est le cas des thérapies comportementales et cognitives et des thérapies de type pleine conscience. Ainsi, ce travail de thèse se propose d'investiguer, dans un second objectif, l'évolution de la perspective temporelle de patients déprimés au cours de ces deux types de thérapies.

Enfin, il apparaît également nécessaire de s'intéresser aux mécanismes psychologiques qui peuvent être impliqués dans ou par la perspective temporelle, et dans la relation entre perspective temporelle et fonctionnement dépressif.

C'est pourquoi nous nous intéresserons, dans un troisième objectif, à la relation que la perspective temporelle entretient avec deux aspects du fonctionnement psychologique connus pour être impliqués dans les troubles dépressifs : les stratégies de coping et les schémas précoces inadaptés.

Mais avant toute chose, il est essentiel d'introduire cette revue de littérature par une présentation plus détaillée du concept de perspective temporelle, nécessaire à la compréhension de ce travail et de la réflexion qui sous-tend le cheminement de cette thèse.

# CHAPITRE 1.

## Le concept de perspective temporelle

Le temps est un objet de réflexion riche et complexe que ce soit en physique, en philosophie ou en psychologie. En physique, Einstein en soulignait la relativité (1905). En philosophie, Kant (1781) proposait que le temps soit une catégorie mentale qui organise le monde dès le début de la vie. Selon lui, la capacité à gagner en expérience présuppose notre habileté à reconnaître le concept de temps ; et ces expériences vont, en retour, influencer l'attitude vis-à-vis du temps.

Au cours de cette thèse, nous nous intéresserons au rapport subjectif au temps, et plus spécifiquement à l'attitude subjective que les individus entretiennent avec leur passé, présent et futur.

Selon James (1890), le concept de temps est central dans la psychologie humaine. Il fut l'un des premiers chercheurs à s'intéresser au concept de temps en psychologie, en proposant que la connaissance de certains aspects du passé et futur, proches et lointains, est intégrée dans la connaissance du présent.

En 1951, Lewin définit la perspective temporelle (PT) comme l'ensemble des représentations d'un individu sur son futur psychologique et son passé psychologique, à un temps donné. Il propose alors que le passé et le futur influencent les comportements actuels, et il est l'un des premiers à émettre l'hypothèse que le passé et le futur font partie intégrante du présent, et que les actions et les émotions sont considérablement influencées par les attentes (*futur*), la mémoire (*passé*) et la perception de la situation (*présent*).

Plus récemment, Nuttin (1964, 1985) reprend le modèle de Lewin en émettant l'hypothèse que les événements du passé et du futur influencent le comportement actuel en tant qu'ils sont présents à un niveau cognitif, et il met en particulier l'accent sur le rapport au futur en tant que source fondamentale de motivation.

Par la suite, Bandura (1997), dans sa théorie de l'auto-efficacité, propose que la régulation des comportements s'appuie sur des croyances quant à l'efficacité personnelle en fonction des expériences passées, des évaluations de la situation présente, et des réflexions sur les possibilités du futur.

Enfin, selon Carstensen et ses collègues (1999), le rapport au temps va jouer un rôle fondamental dans la sélection et la poursuite des buts sociaux, et avoir des implications à un niveau émotionnel, cognitif et motivationnel.

Le temps est un concept extrêmement complexe sous-tendu par une littérature très riche. Ainsi, ce travail n'aura pas pour objectif de discuter la nature du concept de temps, ni les mécanismes cognitifs, sociaux, émotionnels ou encore culturels qui sous-tendent son développement chez les individus.

Ce travail s'appuie sur une des conceptualisations les plus récentes du concept de temps psychologique : le modèle de la perspective temporelle de Zimbardo et Boyd (1999).

En 1999, Zimbardo et Boyd s'inspirent de leurs prédécesseurs pour proposer leur modèle de la perspective temporelle. Compte tenu de la richesse et de la complexité du concept de temps, une grande partie de la littérature se focalise sur un aspect temporel en particulier, c'est-à-dire le passé, le présent ou le futur. Il existe ainsi peu d'approches holistiques et multidimensionnelles du rapport au temps (Vowinckel, 2012).

Celle de Zimbardo et Boyd (1999) présente ainsi l'intérêt de proposer une conceptualisation multidimensionnelle de la perspective temporelle, organisée en cinq sous-dimensions mesurées par *l'Inventaire de Perspective Temporelle (Zimbardo Time Perspective Inventory, ZTPI)* (Zimbardo et Boyd, 1999).

Toutefois, la théorie de la perspective temporelle demeure un champ très large et très riche, dont nous nous attacherons uniquement à poser les bases essentielles à la compréhension de ce travail de thèse.

# 1. La théorie de la perspective temporelle

Zimbardo et Boyd (1999) définissent le concept de perspective temporelle de la façon suivante : « *le processus souvent inconscient par lequel le flot continu de nos expériences personnelles et sociales sont assignées à des catégories temporelles, des cadres temporels, afin de donner de l'ordre, de la cohérence et du sens à ces événements* » (Zimbardo & Boyd, 1999, p. 1271).

En effet, comme Kahneman (1973) l'a mis en évidence, les ressources cognitives sont limitées ; en particulier l'attention. Ainsi, l'individu doit sélectionner, trier, filtrer les informations qui sont accessibles à sa conscience afin d'économiser ses ressources cognitives (Hunt & Lansman, 1986). L'investissement des ressources dans des processus mentaux ou dans des activités aurait alors pour conséquence de réduire la place accordée à d'autres activités ou informations concurrentes.

C'est également le cas pour l'investissement des ressources dans les différentes dimensions temporelles ; c'est-à-dire le passé, le présent et le futur. Ces trois dimensions seraient en concurrence permanente dans l'investissement des ressources cognitives ; le fait de se focaliser sur une dimension temporelle impliquerait donc de réduire la place accordée aux autres dimensions (Stolarski et al., 2015).

Ainsi, une personne qui a tendance à se focaliser majoritairement sur son passé aura moins de ressources cognitives à dédier au futur ou à la situation présente, et vice-versa. Ces éléments soulignent déjà l'aspect dysfonctionnel que peut prendre la perspective temporelle lorsqu'un individu accorde la majorité de ses ressources à une seule dimension, au détriment des autres. Cela suggère également qu'une dimension temporelle n'aurait pas de valeur positive ou négative qui lui serait intrinsèque, mais qu'un profil temporel optimal résiderait dans une répartition équilibrée des ressources, ou dans une capacité à faire varier la répartition de nos ressources (en d'autres termes, à moduler notre focalisation). C'est la notion de *Balanced Time Perspective* (Zimbardo & Boyd, 1999, 2008), que nous présenterons ultérieurement au cours de ce chapitre.

Le modèle de la perspective temporelle de Zimbardo et Boyd (1999) se situe en continuité de la conception de Lewin (1951), en considérant la PT comme un processus fondamental du fonctionnement individuel, mais aussi du fonctionnement social.

La PT serait ainsi utilisée pour coder, trier, rappeler des événements mais aussi former des attentes, des objectifs, imaginer des scénarios ; elle joue un rôle dynamique dans les jugements, les actions, les décisions ; et cela selon la tendance d'un individu à se concentrer sur un registre temporel préférentiel (Zimbardo & Boyd, 1999). La PT interviendrait alors dans une part non négligeable du fonctionnement individuel et aurait un effet sur les comportements (prise d'action et de décisions) et les représentations et croyances d'un individu.

La construction de la PT commencerait précocement dans la vie d'un individu, dès le plus jeune âge ; au travers de l'influence familiale, des interactions avec les pairs, de diverses influences culturelles, de la religion, ou encore de l'éducation. Progressivement, les individus vont prendre l'habitude de se concentrer davantage sur une dimension temporelle plutôt qu'une autre, habitude qui va se cristalliser au fil du temps et s'intégrer dans le fonctionnement de l'individu (Stolarski et al., 2015 ; Keough et al., 1999 ; Zimbardo & Boyd, 1999).

Selon Zimbardo et Boyd (1999), la tendance à prendre l'habitude de mettre l'accent principalement sur une des trois dimensions temporelles va agir à la manière de « *biais temporels* » vis-à-vis du passé, du présent ou du futur (Boniwell et Zimbardo, 2003). En étant activés chroniquement, ces biais deviendraient des styles dispositionnels, des différences inter-individuelles stables, caractéristiques et prédictives de la façon dont un individu va prendre des décisions au quotidien. Ces biais peuvent notamment prendre la forme d'une sous-utilisation ou au contraire d'une sur-utilisation de l'une ou plusieurs des dimensions temporelles.

Par exemple, si nous imaginons un individu qui se focalise principalement vers le passé, l'une des conséquences possibles de cette focalisation est que, lorsqu'il est confronté à une situation qui implique une prise de décision, cet individu pourra avoir tendance à se servir du rappel de situations analogues dans le passé pour évaluer la situation actuelle. Mais outre la dimension sur lequel l'individu se focalise, il faut également s'intéresser à la valence (positive, négative) avec laquelle il est orienté vers cette dimension.

En d'autres termes, comment cette situation antérieure est-elle rappelée : avec nostalgie, avec un sentiment de réussite ou au contraire de façon traumatique, aversive, ou avec un sentiment d'avoir échoué ? Qu'est-ce que l'individu en retient, en termes de coûts et de bénéfices ? Ces éléments vont considérablement affecter l'interprétation qu'il se fait de la situation actuelle, et la façon dont il va y répondre (Stolarski et al., 2015 ; Zimbardo & Boyd, 1999).

Si l'individu rappelle des situations antérieures analogues dont il se souvient en termes de réussite, nous pouvons imaginer qu'il aura davantage de chance de décider de s'engager dans l'action car se sentira davantage capable de faire face à la situation. En d'autres termes, son sentiment d'efficacité serait plus élevé, que s'il retient un sentiment d'échec des situations antérieures (auquel cas il se sentira peu capable de faire face à la situation, et aura ainsi moins de chance de s'engager dans l'action).

D'autres personnes, en revanche, vont davantage prendre des décisions en se basant sur le futur, c'est-à-dire sur l'anticipation des événements à venir et sur leurs attentes envers ceux-ci ; par exemple, en calculant les coûts et récompenses possibles de cette décision dans le futur. Ici, nous pouvons imaginer que rentrera en jeu la capacité à se projeter dans le futur à court-terme, moyen-terme, et long-terme.

Dans les deux cas, qu'il s'agisse d'une focalisation vers le passé ou vers le futur, la capacité de construction (de reconstruction du passé et de construction du futur) va jouer un véritable rôle dans l'interprétation de la situation actuelle et la prise de décision qui en découle (Stolarski et al., 2015 ; Zimbardo & Boyd, 1999).

Enfin, d'autres personnes vont davantage être influencées par les événements saillants de la situation présente (intensité du stimulus, aspects sociaux de la situation, état émotionnel actuel, etc.) (Stolarski et al., 2015 ; Zimbardo & Boyd, 1999).

Zimbardo et Boyd (1999) distinguent cinq dimensions qui permettent de décrire la perspective temporelle d'un individu : le *passé positif*, le *passé négatif*, le *présent hédoniste*, le *présent fataliste* et enfin l'orientation vers le *futur*.

Selon eux, ces dimensions sont indépendantes les unes des autres : un individu peut avoir une vision positive du passé, empreinte de tendresse, ou encore négative, empreinte de regrets ; mais il peut également partager ces deux visions en même temps, ou ne pas s'orienter du tout vers le passé (ni positivement, ni négativement).

## 1.1. Les cinq dimensions de la perspective temporelle

### 1.1.1. Le passé

La dimension *passé* est divisée en deux sous-dimensions indépendantes :

- Le ***passé négatif*** (PN), qui désigne une représentation négative et aversive du passé, potentiellement issue d'expériences antérieures négatives ou traumatisantes, et/ou de la reconstruction négative d'événements plus bénins.

Le rapport négatif au passé aurait un impact négatif sur la santé psychologique. Cette dimension corrèle positivement avec les symptômes dépressifs, l'agressivité, l'anxiété-trait, une faible estime de soi et une faible stabilité émotionnelle (Zhang et al., 2011 ; Zimbardo & Boyd, 1999), et corrèle négativement avec le bonheur subjectif et la satisfaction de vie (Zhang, Howell & Stolarski, 2012 ; Drake et al., 2008 ; Zimbardo et Boyd, 1999).

- Le ***passé positif*** (PP), qui désigne une représentation positive, chaleureuse et sentimentale du passé, un passé dont on prend plaisir à se remémorer.

Dans l'étude de Zimbardo et Boyd (1999), cette dimension corrèle avec une haute estime de soi et une faible anxiété, à l'inverse du *passé négatif*. Le rapport positif au passé est également associé positivement à l'intelligence émotionnelle (Stolarski, Bitner & Zimbardo, 2011), la satisfaction de vie (Zhang et al., 2012 ; Zhang & Howell, 2011) et le bonheur subjectif (Zhang et al., 2012 ; Drake et al., 2008).

### 1.1.2. Le présent

La dimension *présent* est également divisée en deux sous-dimensions indépendantes :

- Le ***présent hédoniste*** (PH), qui reflète une attitude hédoniste, de prise de risque et centrée sur le présent et le plaisir immédiat, associée à une forte impulsivité et peu de considération pour les conséquences futures.

Le *présent hédoniste* est une dimension qu'on peut qualifier « à double tranchant ». En effet, elle est associée avec la créativité et la recherche de nouveauté, mais également avec la recherche de sensation (Zimbardo & Boyd, 1999), les conduites à risque (Zimbardo, Keough & Boyd, 1997 ; Rothspan & Read, 1996), l'utilisation de substance (Strathman, Gleicher,

Boninger & Edwards, 1994), et une faible capacité à contrôler ses impulsions (Zimbardo & Boyd, 1999).

- Le ***présent fataliste*** (PF), qui reflète une attitude de résignation, avec la croyance que le futur est prédestiné et que les événements ne peuvent être influencés par l'action individuelle.

Dans l'étude de Zimbardo et Boyd (1999), cette dimension corrèle avec la dépression, l'anxiété, l'agressivité, une faible considération pour les conséquences futures, et un locus de contrôle externe élevé (c'est-à-dire la sensation de ne pas pouvoir agir par soi-même sur les événements).

### **1.2.3. Le futur**

Contrairement aux deux autres dimensions, le *futur* (F) n'est pas divisé en sous-dimensions. Cette dimension désigne une attitude générale d'orientation vers le futur, une tendance à planifier pour les buts à venir, avec des comportements guidés par des objectifs et récompenses futurs.

Cette dimension corrèle notamment avec la conscience, les considérations pour les conséquences futures, l'accomplissement académique (Zhang et al., 2011 ; Zimbardo & Boyd, 1999) et les comportements de santé (Guarino, De Pascalis & Di Chiacchio, 1999).

## **1.2. La notion de « Balanced Time Perspective »**

Comme nous l'avons expliqué, certains individus vont avoir tendance à se focaliser principalement sur une ou plusieurs dimensions temporelles en particulier en délaissant les autres dimensions concurrentes ; leurs ressources cognitives étant limitées. Cela peut alors faire émerger ce que Boniwell et Zimbardo (2003) appellent des « *biais temporels* », qui deviendraient alors relativement stables.

En effet, les individus auraient besoin des trois dimensions pour vivre en harmonie : le *futur* qui joue un rôle dans la motivation à atteindre ses buts, le *passé positif* pour le sentiment d'identité personnelle, et enfin le *présent hédoniste* pour la joie de vivre au quotidien (Stolarski et al., 2015 ; Zimbardo & Boyd, 2008).

C'est pourquoi les dimensions temporelles n'ont pas, en tant que telles, un caractère nécessairement fonctionnel ou dysfonctionnel. Il va s'agir avant tout s'agir de savoir répartir équitablement ses ressources pour arriver à un équilibre fonctionnel, et s'adapter à la situation.

Un profil temporel qu'on pourrait qualifier de « dysfonctionnel » correspondrait alors à un déséquilibre marqué entre les dimensions.

Si nous prenons l'exemple de l'orientation vers le *futur*, il est en général considéré qu'une forte orientation vers le futur est fonctionnelle. En effet, l'orientation vers le futur est associée à l'échelle conscience (Zhang & Howell, 2011 ; Zimbardo & Boyd, 1999), à l'accomplissement académique (Zimbardo & Boyd, 1999) et à des comportements de santé comme la participation à un dépistage pour le cancer du sein (Guarino et al., 1999).

Pourtant, si un individu excessivement tourné vers le futur peut en effet accomplir une carrière professionnelle brillante, sa difficulté à se centrer sur le moment présent peut être source de souffrance et de difficultés (notamment, favoriser des affects de type anxieux). Boniwell & Zimbardo (2004) proposent ainsi qu'une orientation excessive envers le futur puisse aboutir à une moindre prise en compte des besoins sociaux, et une sur-exigence envers soi-même.

De la même façon, l'orientation vers le *présent hédoniste* présente, comme nous l'avons vu, des avantages et des inconvénients : cette dimension est associée à la recherche de nouveauté et à la créativité (Zimbardo & Boud, 1999), et à la capacité à créer du lien social (Zimbardo & Boyd, 2008) ; mais également aux conduites à risque (Epel, Bandura & Zimbardo, 1999 ; Zimbardo, Keough & Boyd, 1997 ; Rothspan & Read, 1996 ; Strathman et al. 1994), du fait qu'elle implique une centration sur le plaisir immédiat au détriment d'une considération pour les conséquences futures.

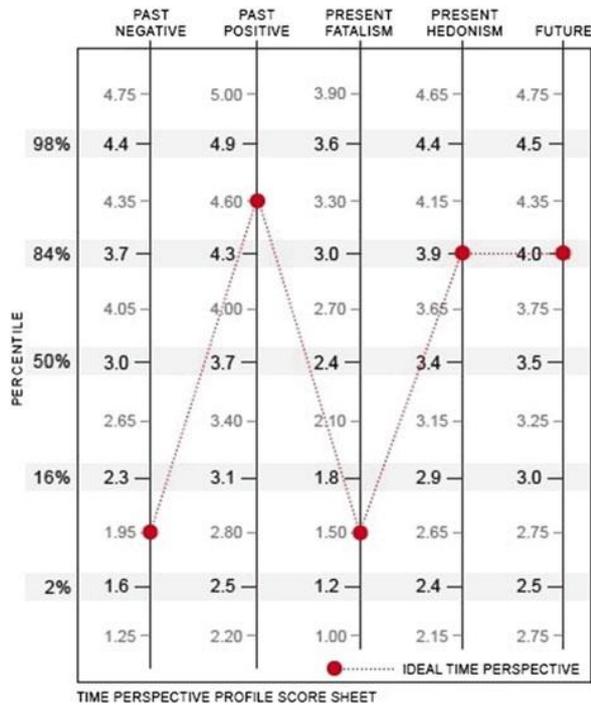
Zimbardo et Boyd (2008) expliquaient ainsi que l'orientation vers le *futur* devait être contrebalancé par le *présent hédoniste* et vice-versa, car le développement excessif de l'une de ces deux dimensions pouvait conduire à des conséquences négatives (centration excessive sur le travail pour l'orientation vers le *futur*, conduites de dépendance et addictions pour le *présent hédoniste*).

Afin de faire référence au profil temporel le plus adaptatif, Zimbardo et Boyd (1999) parlent de « **Balanced Time Perspective** » (BTP) (perspective temporelle équilibrée), qu'ils définissent de la façon suivante : « *la capacité psychologique d'alterner efficacement entre les différentes dimensions de la perspective temporelle selon les considérations sociales, les ressources personnelles, plutôt que d'être biaisé envers une dimension spécifique qui n'est pas adaptative face à toutes les situations* » (p. 1285).

Ils proposent le profil optimal suivant (Zimbardo & Boyd, 2008) (voir **figure 1**) :

- Un haut score de *passé positif*
- Des scores modérés d'orientation vers le *futur* et de *présent hédoniste*
- Des scores faibles de *passé négatif* et de *présent fataliste*

**Figure 1.** Graphique illustrant le profil de « *Balanced Time Perspective* », issu du site Time Paradox ([www.timeparadox.com/surveys/](http://www.timeparadox.com/surveys/)) et repris par Stolarski et al. (2015)



## 2. Perspective temporelle et fonctionnement psychologique

### 2.1. Perspective temporelle et personnalité

Bien que le lien entre perspective temporelle et personnalité ne figure pas dans les objectifs de ce travail de thèse, il apparaît nécessaire de se pencher sur cette relation afin d'apporter des éléments de compréhension quant à la nature du concept de perspective temporelle et quant à son intrication avec le fonctionnement psychologique individuel.

Le modèle du Big Five (McCrae et Costa, 1995) est un modèle en cinq facteurs qui comprend les dimensions suivantes : *névrosisme* (tendance à la détresse psychologique, à expérimenter des affects négatifs), *extraversion* (qualité et intensité de l'énergie dirigée vers autrui), *ouverture* (recherche et appréciation de nouvelles expériences), *agréabilité* (tendance à être plaisant et sympathique en situation sociale) et *conscience* (tendance à être organisé, persistant, motivé et déterminé, à être dirigé vers des buts).

McCrae et Costa (2003) définissent les traits de la personnalité comme des « *différences inter-individuelles dans la tendance à présenter des patterns stables de pensées, émotions et comportements* » (p. 25) ; la personnalité est caractérisée par la totalité de ces traits. Certaines études (Kairys, 2010 ; Harber et al., 2003) suggèrent que la perspective temporelle figure dans la structure de la personnalité, comme le proposaient Zimbardo et Boyd (1999).

En effet, la PT, dans la théorie de Zimbardo et Boyd (1999), correspond à un ensemble relativement stable de représentations, cognitions et émotions vis-à-vis du passé, du présent et du futur, qui ont la capacité d'impacter les interprétations, souvenirs, comportements et prises de décisions ; ce qui permet d'envisager -tout du moins dans une perspective théorique- la PT comme un construit similaire à des traits de personnalité (Kairys & Liniauskaite, 2015 dans Stolarski et al., 2015 ; Luyckx et al., 2010).

Par ailleurs, nous observons un certain nombre de similarités en comparant les dimensions de la PT et la description des traits de personnalité du Modèle du Big Five (McCrae, 2005 ; Costa & McCrae, 1992). Kairys & Liniauskaite (2015) (dans Stolarski et al., 2015) dressent un tableau de ces comparaisons (voir **tableau 1**).

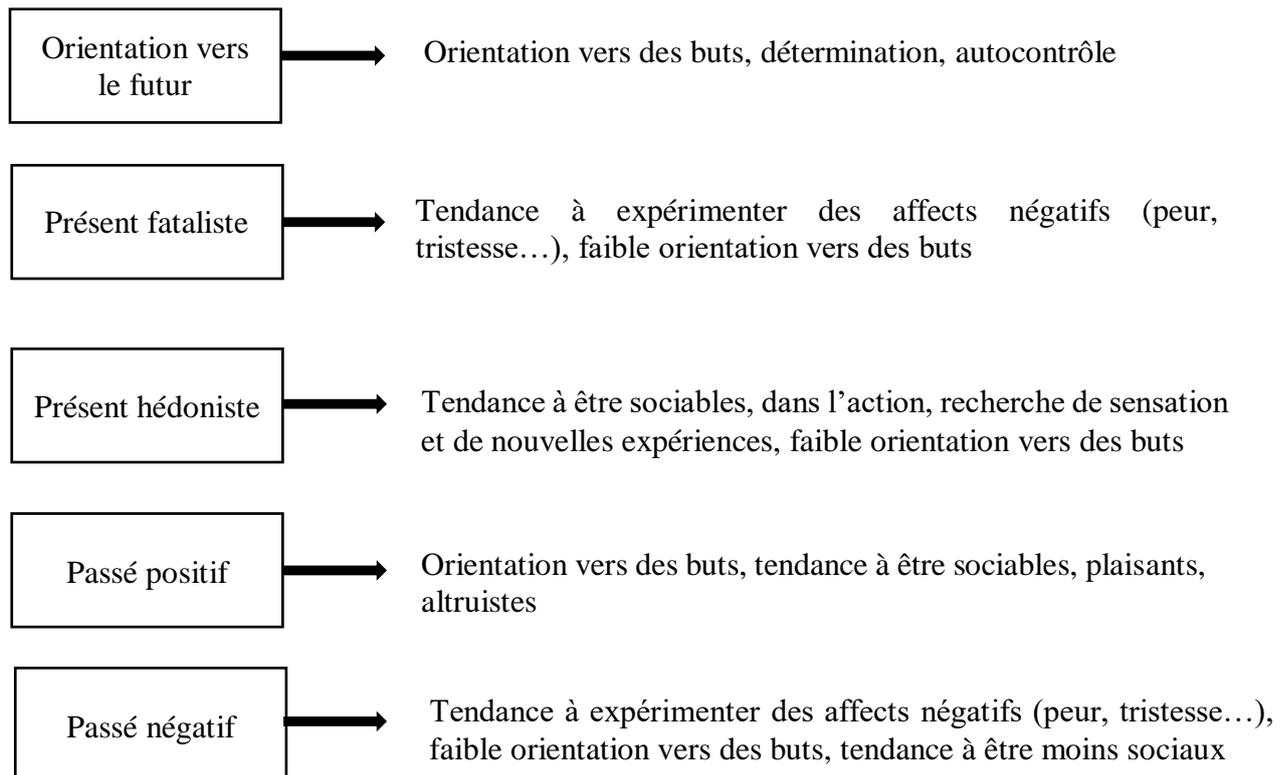
**Tableau 1.** Similarités entre la description des traits de personnalités et les dimensions de la perspective temporelle (Kairys & Liniauskaite., 2015 dans Stolarski et al., 2015 ; adapté de Kairys, 2010).

<p><b>Névrosisme</b> « <i>Tendance générale à expérimenter des affects négatifs comme la peur, la tristesse, l’embarras, la colère, la culpabilité et le dégoût</i> ». Le névrosisme inclut des aspects d’anxiété, de dépression, etc.</p>	<p><b>Passé négatif</b> : « <i>attitude pessimiste, négative ou aversive envers le passé</i> ». Associé avec l’anxiété, la dépression, le malheur, la faible estime de soi.</p> <p><b>Présent fataliste</b> : attitude fataliste et de désespoir envers le futur et envers la vie. Associé à de hauts niveaux de dépression et d’anxiété.</p> <p><b>Passé positif</b> : opposé du passé négatif, orientation positive vers le passé, associé à de faibles niveaux de dépression et d’anxiété.</p>
<p><b>Extraversion</b> : « <i>les extravertis sont amicaux, sociables [...], assertifs, actifs, bavards</i> ». Recherche de sensation.</p>	<p><b>Présent hédoniste</b> : orientation vers les plaisirs du moment, le divertissement, l’excitation. Ouverture à rencontrer de nouvelles personnes.</p> <p><b>Orientation vers le futur</b> : associé à moins de besoin d’interaction social</p>
<p><b>Ouverture à l’expérience</b> : préférence pour la variété, attention aux sentiments, recherche d’expérience active, ouverture aux idées, aux valeurs. Les individus fermés à l’expérience ont tendance à être conservateurs.</p>	<p><b>Présent hédoniste</b> : recherche de nouveauté et de sensation.</p> <p><b>Passé négatif</b> : tendance à être conservateurs, éviter le changement et les nouvelles expériences.</p> <p><b>Orientation vers le futur</b> : faible recherche de sensation et de nouveauté.</p>
<p><b>Agréabilité</b> : altruistes, sympathiques</p>	<p><b>Passé négatif</b> : tendance à être agressifs.</p> <p><b>Passé positif</b> : tendance à être moins agressifs, capables de maintenir des relations long-termes avec des amis.</p>
<p><b>Conscientieux</b> : persistants, déterminés, orientés vers des buts. Ils ont un meilleur autocontrôle, sont capable de résister à leurs impulsions. Les individus avec un faible trait conscientieux sont indifférents à la poursuite de leurs objectifs, imprudents, plus hédonistes et plus intéressés par le sexe. Le trait conscientieux est associé à l’accomplissement académique.</p>	<p><b>Orientation vers le futur</b> : associé à la planification, la recherche de buts, la tendance à mieux réussir académiquement et dans leur carrière.</p> <p><b>Présent hédoniste</b> : tendance à ne pas sacrifier le confort du présent pour le bien du futur, ne prennent pas en compte les conséquences futures, peu d’autocontrôle et de contrôle de leurs impulsions. Ils ont tendance à avoir plus de relations sexuelles.</p> <p><b>Présent fataliste</b> : reflète une indifférence envers le futur, l’idée que les conséquences ne sont pas contrôlées par nos actions.</p>

Qu'en est-il de la recherche empirique ? Peu d'études se sont intéressées au lien entre perspective temporelle et traits de personnalité, mais ces rares études mettent en évidence une relation entre les dimensions de la perspective temporelle et les dimensions du modèle du Big Five.

L'orientation vers le *futur* est associée positivement à l'échelle conscience, de même que le *passé positif* qui est également associé l'extraversion, l'ouverture et l'agréabilité (et négativement associé au névrosisme). A l'inverse, le *passé négatif* et le *présent fataliste* sont associés positivement au névrosisme et négativement avec l'extraversion et l'échelle conscience. Enfin, le *présent hédoniste* est associé positivement à l'extraversion et à l'ouverture, et négativement à l'échelle conscience (Kairys & Liniauskaite., 2015 dans Stolarski et al., 2015 ; Zhang & Howell, 2011 ; Dunkel & Weber, 2010 ; Kairys, 2010 ; van Beek et al., 2010 ; Adams & Nettle, 2009 ; Zimbardo & Boyd, 1999).

Ces associations pourraient se traduire et se synthétiser de la façon suivante :



De plus, Kairys (2010) a étudié les liens entre la perspective temporelle et les facettes des traits de personnalité par l'intermédiaire du NEO-PI-R, un inventaire de mesure des différentes facettes de la personnalité. Cela lui a donc permis de mettre en relation la PT non seulement avec les traits de la personnalité, mais aussi avec les différentes facettes qui les composent.

Dans cette étude, nous observons les résultats suivants :

- La **PT-futur** est liée à toutes les facettes de l'échelle « conscience », et en particulier à *la poursuite de buts* (.64) et à *l'autodiscipline* (.60).
- La **PT-passé positif** corrèle positivement avec la *chaleur* et *l'altruisme*.
- La **PT-passé négatif** corrèle positivement avec le névrosisme, plus particulièrement avec la *dépression* (.63) et la *vulnérabilité au stress* (.52), et corrèle négativement avec l'échelle conscience.
- La **PT-présent fataliste** présente un pattern similaire au *passé négatif*, et corrèle positivement avec les facettes du névrosisme, notamment la *vulnérabilité au stress* (.47), et négativement aux facettes de l'échelle conscience, en particulier pour la *compétence* (-.50) et la *poursuite de buts* (-.49).
- La **PT-présent hédoniste** corrèle positivement avec les facettes de l'extraversion, notamment avec la *recherche de sensation* (.56), la *tendance à s'engager dans de nouvelles actions* (.45) et corrèle également positivement avec *l'impulsivité* (.56) de l'échelle « névrosisme ». En revanche, elle corrèle négativement avec la *délibération* (-.45). Zimbardo et Boyd (1999) avaient par ailleurs déjà mis en évidence l'association positive entre *présent hédoniste* et recherche de sensation.

Ces résultats sont également cohérents avec la description des dimensions de la perspective temporelle de Zimbardo et Boyd (1999). Par ailleurs, ces liens qui peuvent être faits entre perspective temporelle et traits de personnalité permettent d'appuyer l'idée selon laquelle la PT est un construit relativement stable, impactant les affects, les comportements, et les relations aux autres au quotidien.

Dans l'ensemble, le fait d'avoir une vision fataliste du présent et une attitude négative vis-à-vis du passé est ainsi associé à moins de sociabilité, d'altruisme et de sympathie (ce qui suggère d'éventuelles difficultés relationnelles), à une faible tendance à s'orienter vers des objectifs futurs et au fait d'expérimenter davantage d'affects négatifs (tristesse, peur, culpabilité, colère, etc.).

Nous savons également que le *présent fataliste* et le *passé négatif* sont négativement associés au locus de contrôle interne (Kolesovs, 2002). En d'autres termes, les individus fortement orientés sur ces deux dimensions n'ont pas le sentiment de pouvoir contrôler par eux-mêmes (c'est-à-dire grâce à leurs ressources internes) les événements ou situations.

Le *passé positif* s'associe au contraire à des capacités relationnelles (d'extraversion, d'agréabilité, d'altruisme), et l'orientation vers le *futur* est en lien avec des compétences d'autocontrôle, d'autodiscipline et de poursuite d'objectifs.

Enfin, le *présent hédoniste* semble être la dimension temporelle la plus difficile à qualifier de fonctionnelle ou dysfonctionnelle. En effet, celle-ci est associée à l'extraversion et nous pouvons imaginer qu'elle permet à l'individu de développer des relations sociales spontanées et d'être pleinement dans la relation à l'autre ; le fait de mettre l'accent sur le présent pourrait aussi permettre d'avoir moins tendance à s'engager dans des ruminations (certaines psychothérapies mettent d'ailleurs l'accent sur la capacité à se centrer sur le moment présent). Cependant, le *présent hédoniste* est également associé à l'impulsivité, que l'on retrouve également dans certaines troubles psychopathologiques et notamment dans les conduites à risque ; et est également associé négativement à la conscience.

Ces observations nous permettent d'envisager certaines dimensions temporelles comme relativement fonctionnelles (*passé positif*, orientation vers le *futur*), et d'autres comme relativement dysfonctionnelles (*passé négatif*, *présent fataliste*) et potentiellement associées à des symptômes anxio-dépressifs (dépression, vulnérabilité au stress, faible perspective future, moindre capacité dans la relation à l'autre).

Ainsi, nous pouvons nous demander si, à l'instar de certains traits de personnalité, les dimensions temporelles pourraient constituer des facteurs de vulnérabilité ou de protection à l'égard de certains troubles psychopathologiques, et notamment les troubles dépressifs.

## 2.2. Perspective temporelle, bien-être et santé

Si la perspective temporelle demeure un concept peu développé en psychiatrie et psychopathologie, de nombreuses études se sont intéressées à son implication dans les domaines de la santé et du bien-être psychologique.

### 2.2.1. Perspective temporelle, bien-être, satisfaction de vie et affects

Plusieurs études ont mis en évidence un effet de la PT sur le bien-être subjectif (Seema & Sirvoca, 2013 ; Vowinkel, 2012 ; Zhang & Howell, 2011). Par ailleurs, Sailer et ses collaborateurs (2014) ont mis en évidence que les cinq dimensions de la PT prédisaient le bien-être psychologique : le *passé positif*, le *présent hédoniste* et l'orientation vers le *futur* sont des prédicteurs positifs du bien-être psychologique, alors que le *passé négatif* et le *présent fataliste* sont des prédicteurs négatifs.

Des études plus récentes montrent également un lien entre la PT et la satisfaction de vie (Muro et al., 2016 ; Olivera-Figueroa et al., 2016 ; Stolarski et al., 2015 ; Boniwell et al., 2010). La satisfaction de vie étant elle-même directement associée au bien-être subjectif (Muro et al., 2017 ; Howell et al., 2007 ; Sheldon & Lyubomirsky, 2006) ainsi qu'avec différents éléments de santé mentale comme la capacité à s'adapter aux événements de vie (Vazquez et al., 2013 ; Luhman et al., 2012) ou encore les symptômes anxieux et dépressifs (auxquels elle est négativement associée) (Altun & Yacizi, 2015 ; Steptoe & Wardle, 2012 ; Diener & Chan, 2011 ; Howell et al., 2007).

Notamment, la satisfaction de vie est positivement associée au *passé positif* et à l'orientation vers le *futur*, et négativement associée au *passé négatif*. La dimension « *passé* », qu'elle soit positive ou négative, serait également un fort prédicteur de la satisfaction de vie. De plus, une perspective temporelle équilibrée (BTP) est associée à un meilleur niveau de satisfaction de vie (Muro et al., 2016).

Sailer et ses collaborateurs (2014) ont également mis en évidence des liens entre la PT et les affects positifs et négatifs. En effet, les affects négatifs sont prédits positivement par le *passé négatif* et le *présent fataliste*, et négativement par le *présent hédoniste*. Les affects positifs sont prédits positivement par le *présent hédoniste* et l'orientation vers le *futur*, et négativement par le *passé négatif* et le *présent fataliste*. Ces observations sont cohérentes avec les liens qui ont été faits entre les dimensions de la perspective temporelle et les traits de personnalité,

notamment le névrosisme (associé à l'expérimentation d'affects négatifs) et l'extraversion (associé à l'expérimentation d'affects positifs).

De plus, l'étude de Sailer et ses collaborateurs (2014) montre que le fait de se sentir fier, intéressé et engagé est associé au *présent hédoniste* alors que le *passé négatif* et le *présent fataliste* prédisent le sentiment de peur, d'irritation, de nervosité.

Ainsi, dans l'ensemble, le *passé positif*, l'orientation vers le *futur* et le *présent hédoniste* sont associés à des hauts niveaux de bien-être ; alors que le *passé négatif* et le *présent fataliste* sont associés à de faibles niveaux de bien-être.

### **2.2.2. Perspective temporelle, comportements de santé et comportements à risque**

Selon Zimbardo et Boyd (1999), la perspective temporelle s'accompagne de biais temporels à propos de soi et de nos actions, résultant en des différences individuelles dans les comportements. Notamment, la dimension *futur* entre en jeu dans la capacité à être attentif aux conséquences moyennes et long-termes des actions (coûts et bénéfiques), à l'inverse du *présent hédoniste* qui oriente davantage l'individu à prendre en compte le plaisir immédiat (Fong & Hall, 2003 ; Zimbardo & Boyd, 1999 ; Strathman et al., 1994).

C'est pourquoi plusieurs auteurs se sont intéressés à la relation entre la PT et les conduites à risque et/ou les comportements de santé. En effet, ces comportements nécessitent une prise en compte des conséquences à long terme (ex : durée de vie plus longue) au détriment du déplaisir immédiat (ex : trouver du temps pour faire du sport, restrictions alimentaires, etc.). De plus, la relation entre la PT et des variables comme la motivation et le sentiment d'efficacité permet de supposer que le profil temporel serait à même d'influencer ce type de comportements (Hamilton et al., 2010 ; Rothspan & Read, 1996).

En effet, plusieurs études ont mis en évidence un lien entre le profil temporel et des comportements de santé comme la fréquence d'exercice, le port de la ceinture au volant, l'alimentation, le dépistage, la consommation de substances ou encore le fait de pratiquer des rapports sexuels protégés ou non (Daugherty & Brase, 2010).

Notamment, l'orientation vers le *futur* est associée à l'arrêt du tabac (Adams, 2009 ; Kovac & Rise, 2007), à une moindre prise de risque au volant (Henson et al., 2006 ; Zimbardo & Boyd, 1997), ainsi qu'à une moindre consommation de substances (Henson et al., 2006). Elle

est associée également à des comportements demandant un effort immédiat pour un bénéfice à long terme, comme l'éducation scolaire (Brown & Jones, 2004 ; D'Alessio, Guarino, De Pascalis & Zimbardo, 2003), les conduites sexuelles protégées (Henson et al., 2006 ; Rothspan & Read, 1996), les conduites préventives de santé (Hamilton et al., 2010 ; Orbell & Hagger, 2006 ; Orbell, Perugini & Rakow, 2004 ; Keough et al., 1999), l'activité physique et l'alimentation saine (Luszczynska et al., 2004), le fait de se protéger du soleil (Heckman, Wilson & Ingersoll, 2009). De plus, l'orientation vers le *futur* prédit positivement les comportements de santé (alimentation, exercice) de patients diabétiques (Hall, Fong & Chen, 2012).

A l'inverse, le *présent hédoniste* est associé à davantage de prise de risque au volant, et à des comportements tels que la consommation d'alcool, de tabac et de substances illicites (Fieulaine & Martinez, 2010 ; Henson et al., 2006 ; Keough et al., 1999 ; Moore & Gullone, 1996 ; Zaleski, 1994) ou encore les conduites sexuelles à risque (Henson et al., 2006 ; Rothspan & Read, 1996).

Cependant, cela ne signifie pas nécessairement que l'orientation vers le *futur* participe davantage au bien-être que le *présent hédoniste*. En effet, Epel, Bandura & Zimbardo (1999) ont mis en évidence que dans les situations qui requièrent une action immédiate (comme le fait de savoir où dormir lorsque l'on est sans-abris), l'orientation vers le présent est plus adaptative.

De plus, l'adaptation à la maladie de patients souffrant de diabète est prédite par l'orientation vers le *futur* et le *présent hédoniste* ; cela soutient à nouveau l'idée que les dimensions temporelles ne sont pas nécessairement fonctionnelles ou dysfonctionnelles en soi, et que l'équilibre et la flexibilité entre ces dimensions est primordial (Keough et al., 1999 ; Zimbardo et al., 1997).

### **3. Chapitre 1 : conclusion**

Au cours de ce chapitre, nous avons vu que la perspective temporelle est une variable considérée comme relativement stable, associée à des traits de personnalité impliqués dans les affects dépressifs, associée au bien-être et à la satisfaction de vie, ainsi qu'à la tendance à ressentir des affects positifs et négatifs.

Ces éléments nous conduisent à nous interroger sur le rôle de la perspective temporelle pour éclairer des issues psychopathologiques. Pourtant, le concept de PT reste très peu développé en psychiatrie et en psychopathologie, et les études réalisées auprès de patients souffrant de troubles mentaux sont très rares.

Lors du prochain chapitre, nous verrons qu'au regard de la littérature, la perspective temporelle pourrait plus particulièrement être impliquée dans les troubles dépressifs.

### Chapitre 1 : synthèse

- La perspective temporelle correspond à **l'attitude subjective d'un individu vis-à-vis des trois dimensions temporelles** : le passé, le présent, le futur.
- Les pionniers du concept de perspective temporelle soulignent que notre vision du passé et du futur est à même **d'impacter les pensées, comportements et émotions dans le présent**.
- En s'inspirant de ses prédécesseurs, Zimbardo et Boyd (1999) proposent un modèle en **cinq dimensions indépendantes** : *passé positif, passé négatif, présent hédoniste, présent fataliste et futur*.
- La théorie de la perspective temporelle propose que le profil temporel d'un individu impacterait ses **représentations, jugements, prises de décision**, et peut se cristalliser en un **pattern relativement stable** qui agit à la manière de « *biais* » lorsque l'individu est significativement focalisé sur une ou plusieurs dimensions au détriment des autres.
- En revanche, ils proposent qu'un **profil temporel équilibré** (*balanced time perspective*), c'est-à-dire une juste répartition entre les dimensions, est davantage fonctionnel. Ils proposent le profil optimal suivant : **fort passé positif, faibles passé négatif et présent fataliste, orientation vers le futur et présent hédoniste moyens**.
- Plusieurs arguments amènent à considérer la PT comme une **variable relativement stable similaire aux traits de personnalité**.
- La perspective temporelle est également associée à différents aspects du fonctionnement psychologique, tels que le **bien-être subjectif et psychologique**, la **satisfaction de vie**, les **affects positifs et négatifs**, les **comportements de santé et comportements à risque**.
- Dans l'ensemble, nous pouvons observer que le *passé négatif* et le *présent fataliste* pourraient être des dimensions temporelles davantage dysfonctionnelles, à l'inverse du *passé positif* et de l'orientation vers le *futur*. En revanche, le *présent hédoniste* apparaît comme une dimension plus ambivalente, associé à des issues à la fois positives et négatives.
- La littérature sur la perspective temporelle nous conduit à nous intéresser à l'intérêt de ce concept dans le contexte de la psychopathologie et des troubles mentaux, et plus particulièrement des **troubles dépressifs**.



## CHAPITRE 2.

# Dépression et rapport au temps

Comme nous venons de le voir lors du chapitre précédent, la perspective temporelle jouerait un rôle non négligeable dans de nombreux aspects du fonctionnement psychologique d'un individu ; et cela au niveau cognitif, comportemental et émotionnel. Le profil temporel pourrait influencer nos croyances, impacter nos prises de décisions, et est associé aux comportements à risque et aux comportements de santé. La perspective temporelle est également associée à des traits de personnalité relevant de l'émotionnalité positive (chaleur, extraversion) et négative (névrosisme), ainsi qu'au bien-être psychologique, à la satisfaction de vie, et aux affects positifs et négatifs.

Ainsi, au regard des éléments soulevés lors du chapitre précédent, la question du rôle de la perspective temporelle au sein des troubles psychologiques se pose tout naturellement. Pourtant, la perspective temporelle a été très peu investiguée en psychopathologie.

Plus particulièrement, il serait pertinent de s'interroger sur le rôle potentiel de la perspective temporelle au sein des troubles dépressifs. En effet, d'une part la littérature suggère déjà un rapport au temps altéré dans la dépression, et d'autre part nous savons que la dépression est impactée par les variables dont l'association avec la PT a été mise en évidence (comme l'estime de soi et la personnalité) (Kairys & Liniauskaite, 2015 dans Stolarski et al., 2015 ; Zhang & Howell, 2011 ; Kairys, 2010 ; van Beek et al., 2010 ; Zimbardo & Boyd, 1999).

Enfin, nous savons que le fonctionnement dépressif implique une altération cognitive (distorsions cognitives), comportementale (difficulté à se mettre en action), et émotionnelle (tristesse, anhédonie, anxiété) (Mirabel-Sarron et Docteur, 2013) ; trois dimensions du fonctionnement psychologique au sein desquelles la PT jouerait un rôle.

Ainsi, nous nous sommes interrogés sur les liens entre la perspective temporelle et la dépression. Cependant, au vu du nombre très restreint d'études qui se sont intéressées à cette association, il apparaissait nécessaire d'élargir notre questionnement en commençant par s'interroger sur la façon dont le rapport au temps (et non pas la PT spécifiquement) a été investigué –plus ou moins directement- dans la littérature ; avant de s'intéresser, dans un second temps, à la notion plus précise de perspective temporelle.

Après une présentation des troubles dépressifs, ce chapitre s'attachera à déterminer comment les différentes dimensions temporelles sont évoquées –souvent indirectement et indépendamment l'une de l'autre- dans les modèles théoriques et la recherche empirique sur la dépression ; notamment par l'intermédiaire du pessimisme, de la mémoire autobiographique et prospective, ou encore des ruminations.

Puis, nous ferons un état de la littérature actuelle sur le concept spécifique de perspective temporelle au sein de la dépression ; en présentant les associations mises en évidence entre PT et symptomatologie dépressive au sein de populations non psychiatriques et, plus rarement, en populations psychiatriques.

## 1. Dépression : définition, épidémiologie et critères diagnostiques

### 1.1. Définition et épidémiologie

La dépression est un trouble psychiatrique caractérisé par une altération de l'humeur, allant de la tristesse à la mélancolie. Le fonctionnement dépressif est caractérisé par des indicateurs à plusieurs niveaux (Mirabel-Sarron & Docteur, 2013) :

- **Niveau cognitif** : des pensées marquées par une vision négative de soi et du monde avec pessimisme, idées de mort, et altération de l'estime de soi. Ces pensées concernent le sujet lui-même (« *je suis nul* »), son entourage (« *ils ne me comprennent pas* »), et sa représentation du futur (« *je ne vois pas de solution* »). Au niveau cognitif, la dépression est également marquée par une altération de la concentration, de l'attention, et de la mémoire.
- **Niveau émotionnel** : les pensées dépressives précédemment citées vont alimenter l'humeur triste et l'anhédonie (incapacité à ressentir les émotions positives). Le sujet déprimé n'a plus goût à rien, ne ressent plus de plaisir pour les activités qui lui plaisaient, n'a envie de rien, et a le sentiment que tout va mal.
- **Niveau comportemental** : l'humeur triste, l'anhédonie et le sentiment qu'il n'y a pas de solution entraînent un retrait comportemental, un isolement, et une tendance à la passivité (l'individu va restreindre ses activités). La dépression est aussi souvent marquée par un ralentissement moteur, une démarche lente et lourde, et un débit verbal ralenti.

- **Niveau somatique** : parmi les symptômes de la dépression, on peut observer des difficultés somatiques comme la fatigue, les troubles du sommeil et de l'appétit, et des douleurs somatiques.

Il s'agit d'une affection que l'on rencontre extrêmement fréquemment. En effet, elle se place aujourd'hui comme la première cause de morbidité et d'incapacité dans le monde, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (2017). Il est estimé qu'une personne sur cinq sera touchée au moins une fois dans sa vie par la dépression. Ainsi, en France, 9 millions de personnes entre 15 et 75 ans auraient vécus ou vivront une dépression (Mirabel-Sarron & Docteur, 2013).

La dépression peut concerner tous les âges et milieux socioculturels, bien que les femmes y soient davantage exposées (représentant deux tiers des personnes déprimées). Du fait de son potentiel suicidaire important, la dépression constitue une véritable urgence médicale ; ce qui souligne l'importance d'enrichir la compréhension du trouble autant que les pistes thérapeutiques permettant de prendre en charge les individus qui en souffrent.

Malheureusement, le trouble dépressif est souvent récurrent et les rechutes sont fréquentes. Le risque de rechute augmente par ailleurs au fur et à mesure des épisodes : le taux de rechute est de 50% après le premier épisode dépressif, de 70% après le deuxième, et de 90% après le troisième épisode (Mirabel-Sarron & Docteur, 2013).

L'élargissement de l'offre de soins psychologiques constitue un point d'ancrage important pour améliorer la prise en charge des patients déprimés et prévenir le risque de récurrence (Mirabel-Sarron & Docteur, 2013). Cet élargissement psychothérapeutique doit également passer par une meilleure compréhension des processus en jeu dans les troubles dépressifs. En effet, l'étude des processus impliqués dans les troubles dépressifs permettrait d'une part d'identifier de nouveaux facteurs de vulnérabilité, et d'autre part de développer de nouvelles pistes thérapeutiques.

Parmi ces potentiels processus en jeu, le rapport au temps est souvent évoqué dans le contexte de la dépression mais reste encore assez peu développé sur le plan conceptuel et thérapeutique. Par ailleurs, son évocation dans la littérature existante est principalement indirecte.

Pourtant, au regard de cette littérature, le rapport au temps pourrait constituer une piste intéressante afin d'enrichir la compréhension et la prise en charge de la dépression. Cependant, il est avant tout nécessaire de définir plus amplement les troubles dépressifs et les différents critères diagnostiques associés.

## 1.2. Critères diagnostiques de la dépression

Dans le DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013), un chapitre intitulé « *Les Troubles Dépressifs* » figure dans la section II. On peut y retrouver :

- Le trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle
- Le trouble dépressif caractérisé
- Le trouble dépressif persistant (dysthymie)
- Le trouble dysphorique prémenstruel
- Le trouble dépressif induit par une substance ou un médicament
- Le trouble dépressif dû à une autre affection médicale
- Autre trouble dépressif spécifié
- Trouble dépressif non spécifié

Le DSM 5 propose également différentes spécifications pour les troubles dépressifs :

- (1) Avec détresse anxieuse
- (2) Avec caractéristiques mixtes (associé à des éléments de manie ou d'hypomanie)
- (3) Avec caractéristiques mélancoliques
- (4) Avec caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur
- (5) Avec catatonie
- (6) Avec début lors du péripartum
- (7) Avec caractère saisonnier
- (8) En rémission partielle (certains des symptômes du dernier épisode dépressif sont présents mais les critères complets ne sont pas remplis, ou il existe une période inférieure à 2 mois sans aucun symptôme significatif d'un épisode dépressif caractérisé)
- (9) En rémission complète (il n'existe plus aucun signe ou symptôme significatif de l'affection depuis 2 mois)

Dans le cadre de notre problématique, nous nous intéressons plus spécifiquement à l'Episode Dépressif Caractérisé. Les critères de l'Episode Dépressif Caractérisé, tels que proposés par *l'American Psychiatric Association*, sont les suivants :

**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.

Remarque : ne pas inclure les symptômes qui sont clairement attribuables à une autre condition médicale.

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 et 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.

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

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

**D.** L'épisode ne répond pas aux critères du troubles schizoaffectif et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant ou à une autre trouble psychotique.

**E.** Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

Remarque : Les réponses à une perte significative (par exemple, deuil, ruine financière, pertes d'une catastrophe naturelle, maladie grave ou invalidité) peuvent inclure les sentiments de tristesse intense, la rumination sur la perte, l'insomnie, le manque d'appétit et la perte de poids listés dans le Critère A, ce qui peut ressembler à un épisode dépressif. Bien que ces symptômes peuvent être compréhensibles ou jugés appropriés en rapport avec la perte, la présence d'un épisode dépressif majeur, en plus de la réponse normale à une perte importante, devrait également être examinée avec soin. Cette décision requiert inévitablement l'exercice du jugement clinique basé sur l'histoire de l'individu et les normes culturelles pour l'expression de la détresse dans le contexte de la perte.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5 (5e éd.).

Comme il est mentionné dans le DSM 5 (APA, 2013), il convient également de spécifier s'il s'agit d'un épisode isolé ou récurrent (avec un intervalle de deux mois au moins entre des épisodes distincts) ; ainsi que de spécifier la sévérité de l'épisode (léger, moyen ou grave).

- **Episode léger** : peu ou pas de symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic ; la gravité des symptômes est à l'origine d'un sentiment de détresse mais qui reste gérable, et les symptômes sont à l'origine d'une altération mineure du fonctionnement social ou professionnel.
- **Episode moyen** : le nombre et la gravité des symptômes et/ou de l'altération du fonctionnement sont compris entre « léger » et « grave ».
- **Episode grave** : le nombre de symptômes est en excès par rapport au nombre nécessaire pour faire le diagnostic ; la gravité des symptômes est à l'origine d'une souffrance importante et ingérable et les symptômes perturbent nettement le fonctionnement social ou professionnel.

## 2. Dépression et rapport au temps : données théoriques

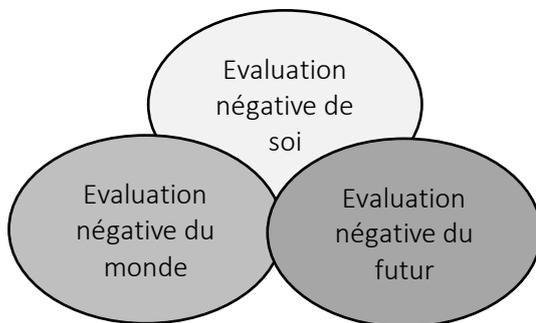
### 2.1. Le rapport au temps dans le modèle de la dépression de Beck (1976)

Dans son ouvrage « *La thérapie cognitive et les troubles émotionnels* », Aaron Beck (1976) propose un modèle cognitif des troubles émotionnels et des troubles de l'humeur, et notamment des troubles dépressifs. Il évoque plusieurs éléments jouant selon lui un rôle dans l'apparition et le maintien de la dépression : la notion de perte, l'autocritique et la baisse d'estime de soi, le pessimisme, la tristesse et l'apathie, l'altération de la motivation et les comportements suicidaires. Si Beck ne mentionne pas directement le rapport au temps dans les troubles dépressifs, l'altération des différentes dimensions temporelles est évoquée indirectement et à plusieurs reprises dans sa théorie.

#### 2.1.1. La notion de perte

Beck (1976) insiste sur le sentiment de perte chez les patients déprimés, qu'il met en évidence dans certaines idées répétitives du type « *je n'ai aucun futur* », « *j'ai tout perdu* », « *je n'ai personne* », « *la vie ne peut rien m'apporter* » (p. 91). Selon lui, ce thème dominant et récurrent de la perte tourne en réalité autour d'un problème cognitif et de distorsions spécifiques. Beck parle alors de **triade cognitive** (voir **figure 2**) :

Figure 2. La triade cognitive de la dépression (Beck, 1976)



Pour le patient déprimé, tout serait alors envisagé par le biais de cette évaluation négative : sa propre valeur, ses relations aux autres, la situation actuelle et future. Selon Beck, tous les domaines de sa vie deviennent ainsi « *parasités par la notion de perte passée, présente et future* » (p. 92). Le patient déprimé se ressent comme évoluant dans un monde sans possibilités présentes ou futures, et se ressent lui-même comme n'ayant aucune ressources internes pour y faire face.

Nous percevons déjà ici dans la pensée de Beck la notion d'une altération du rapport au temps : le patient rumine des pertes passées, anticipe des pertes à venir, se sent inefficace dans le présent et incapable d'atteindre des objectifs futurs. Par ailleurs, comme le souligne Beck (1976), les événements de perte, qu'il s'agisse de la perte d'un proche, d'un emploi ou d'un échec à atteindre un objectif, sont systématiquement vécus comme irréversibles : ils impactent ainsi négativement la vision du futur.

L'expérience de la perte est, pour Beck, un événement précipitant chez des individus vulnérables qui vont y répondre par une profonde perturbation psychique, contrairement à d'autres individus moins vulnérables en capacité de combler cette perte par d'autres sources de satisfaction.

Suite à l'expérience de la perte, une réaction en chaîne va progressivement se développer : l'individu va commencer à se poser des questions sur sa valeur personnelle et faire des prédictions sombres et négatives sur le monde et sur le futur. Le patient va commencer à envisager d'autres conséquences négatives, qui vont s'exacerber par des scénarios catastrophistes (« *plus rien n'aura jamais de sens* », « *je ne retrouverai jamais personne* », « *je vais être triste pour toujours* »). Nous comprenons déjà ici le lien entre dépression et altération de la vision du futur devenue sinistre, pessimiste, sans issue ; et qui va à son tour renforcer la tristesse et l'anhédonie, évoluant alors comme un « *cercle vicieux continu* » (Beck, 1976, p. 95).

### **2.1.2. La baisse d'estime de soi et l'autocritique**

La dépression est souvent marquée par une forte tendance à l'autocritique et une baisse considérable de l'estime de soi. Beck (1976) évoque notamment la tendance des patients déprimés à revenir mentalement sur les événements négatifs du passé (séparations, rejets, défaites, échecs) et à s'en attribuer la responsabilité jusqu'à en conclure des postulats négativistes et critiques sur eux-mêmes (par exemple, conclure « *personne ne peut m'aimer* »

en repensant à une rupture amoureuse ; sans être capable d'envisager d'autres alternatives telles qu'une incompatibilité sentimentale).

Le patient, en s'attribuant les causes de la perte, finit par percevoir en lui-même une incapacité, une défaillance. Progressivement, il développe une image particulièrement mauvaise de lui-même et se juge sévèrement et avec grand excès.

Selon Beck (1976), cette tendance à l'autocritique concerne parfois un aspect de la vie du patient que celui-ci avait autrefois tendance à valoriser, un élément qui aurait beaucoup compté pour lui auparavant. Quand cet attribut disparaît, le patient ne se sent plus capable de trouver satisfaction à la vie. Beck l'exprime de la façon suivante : « *le patient dépressif passe de la déception à l'autocritique puis au pessimisme* » (p. 98).

La baisse de l'estime de soi évoque ici davantage le rapport au passé. En effet, comme nous l'avons expliqué, selon Beck (1976), cette baisse de l'estime de soi serait en partie la conséquence de la tendance à ressasser les événements négatifs du passé et à s'en attribuer la responsabilité. Une hypothèse qui n'est pas sans rappeler la dimension *passé négatif* de la perspective temporelle, c'est-à-dire la tendance d'un individu à envisager son passé dans une perspective négative.

Cependant, Beck (1976) explique aussi que l'effondrement de l'image de soi se ferait également par l'intermédiaire d'une comparaison avec un état antérieur plus satisfaisant ; ce qui mettrait alors davantage en jeu les pensées tournées vers les aspects positifs du passé, dans une perspective nostalgique (« *c'était mieux avant* »). Cette hypothèse a par ailleurs été étayée par des études ultérieures qui ont mis en évidence que, chez des individus déprimés, le fait de se remémorer des souvenirs positifs ne permet pas d'améliorer l'humeur, et peut même augmenter la détresse ; à l'inverse des individus non-déprimés (Bluck et al., 2005 ; Joorman & Siemer, 2004 ; Joorman et al., 2007 ; Feldman et al., 2008).

Ainsi, l'évaluation simultanée de la vision négative et positive du passé serait particulièrement pertinente dans le contexte de la dépression ; afin de mieux situer cette ambivalence entre vision négative du passé et nostalgie d'un passé plus heureux. Cette double-mesure est notamment permise par le ZTPI, car celui-ci comporte une échelle *passé négatif* et une échelle *passé positif*, indépendantes l'une de l'autre.

### 2.1.3. Le pessimisme

Beck (1976) souligne que l'être humain, de façon générale, aurait tendance à « *vivre dans le futur* » (p. 99). En effet, selon lui, nos expériences vont être interprétées et évaluées à la fois pour ce qu'elles représentent dans le moment présent, mais aussi en fonction des conséquences futures possibles qu'elles impliquent. Des conséquences positives ou négatives seront ainsi anticipées.

Selon lui, les patients déprimés auraient particulièrement tendance à anticiper des malheurs, et à les vivre comment s'ils se produisaient dans le présent ou avaient déjà eu lieu dans le passé. De ce fait, le patient commencerait alors à ressentir le même degré de tristesse que si l'événement indésirable et malheureux avait déjà eu lieu.

Les prédictions que les patients déprimés font du futur seraient également extrêmes et sur-généralisées ; chaque échec ou perte dans le présent est vécue comme éternelle, irrémédiable, de telle façon que les individus déprimés « *envisagent le futur en tant qu'extension du présent* » (p. 100). Le patient est persuadé qu'il sera toujours malheureux (« *les choses n'iront jamais mieux pour moi* »), que chaque problème ou difficulté ne trouvera jamais de solution, que chaque objectif qui n'a pas été atteint ne le sera jamais.

L'importance de l'interaction entre les dimensions temporelles (passé, présent, futur) prend alors tout son sens dans le contexte dépressif : le patient déprimé ressasse les événements négatifs du passé, qu'il intègre dans sa vision du présent en s'en attribuant la responsabilité (« *j'ai toujours échoué, je suis nul* ») et par extension, généralisent ces événements au futur (« *ça ne changera jamais* »). Chaque altération d'une dimension temporelle altérerait à son tour le rapport aux autres dimensions. Cela souligne à nouveau la nécessité d'évaluer l'ensemble des dimensions temporelles, une nécessité à laquelle la perspective temporelle permet de répondre.

Beck (1976) insiste également sur le caractère envahissant du pessimisme dans la dépression ; qui envahit autant le futur lointain que les désirs et tâches à court-terme (par exemple, un patient dépressif peut se sentir incapable de faire le ménage, d'entreprendre ou d'envisager quelque activité que ce soit).

Ces attentes négatives impactent considérablement la capacité de la personne à aller de l'avant, à entreprendre des choses, car les pensées du patient sont dominées par l'idée que rien n'est possible, que toute perte est irrévocable, tout problème insoluble, et que rien de bon n'est à attendre du futur (Beck, 1976).

### 2.1.4. La tristesse et l'apathie

Pour Beck, la tristesse se développe et s'intensifie progressivement chez le patient à partir de cette hypersensibilité à certaines expériences négatives du passé.

Beck évoque notamment la notion de « *mémoire sélective* » de Lishman (1972) : le patient dépressif aurait tendance à retenir les éléments suggérant la perte ou l'échec, et à occulter ceux qui ne vont pas dans le même sens. De ce fait, il n'a pas conscience des éléments positifs. Ce biais de sélectivité se retrouve également lorsqu'il se remémore ses expériences passées : il lui est facile de se souvenirs des expériences désagréables ou malheureuses, à contrario de ses expériences positives. Beck parle alors « *d'abstraction sélective* », afin de nommer cette hypersensibilité aux événements négatifs et ce filtre des événements positifs. Cela renvoie pour lui à une vision « *tunnelisée* » (p. 101), où le patient est imperméable aux stimuli agréables. Ces hypothèses théoriques ont par ailleurs été appuyées par la littérature scientifique sur la mémoire autobiographique dans la dépression, que nous aborderons ultérieurement au cours de ce chapitre.

Ainsi, l'hypersensibilité à la perte, le pessimisme, la tendance à penser les choses de façon absolue (« *personne ne m'aime* », « *il ne me reste rien* ») et l'altération de l'estime de soi vont contribuer à la tristesse et la maintenir ; cela pouvant aller jusqu'à un sentiment d'apathie que Beck qualifie de la façon suivante : « *il est mort à l'intérieur* » (p. 102).

Persuadé que les événements négatifs de son passé sont dus à sa défaillance personnelle, le patient déprimé va se sentir sans valeur et développer la croyance que ces événements sont condamnés à se reproduire et que les choses ne peuvent pas s'améliorer. On peut alors aisément comprendre l'effondrement de l'humeur qui peut suivre, ainsi que les conduites apathiques et anhédoniques des patients déprimés : dans ce système de croyances pessimistes et fatalistes, comment garder l'intérêt et l'énergie d'accomplir des activités ?

### 2.1.5. L'altération de la motivation

Les éléments évoqués précédemment permettent de mieux comprendre l'état d'inactivité et l'anhédonie observés chez les patients déprimés. Le patient déprimé perd la capacité à prendre plaisir aux activités qu'il aimait auparavant, doit se forcer pour entreprendre ses activités habituelles ; ce qui lui était autrefois gratifiant ou plaisant ne l'intéresse plus, et dans les cas les plus extrêmes Beck (1976) décrit un état de passivité, d'inertie totale et de

paralysie de la volonté (aboulie).

La moindre activité est perçue comme épuisante, jusqu'à une véritable difficulté de trouver l'énergie pour se lever, s'habiller, se doucher. Un état, qui, toujours à la manière d'un cercle vicieux, ne fait que contribuer à amoindrir l'estime de soi et maintenir le sentiment de tristesse.

Pour Beck (1976), ce changement motivationnel, cette perte de volonté, est la conséquence de la construction mentale évoquée plus haut : la vision négative de soi (y compris de soi dans le passé), du monde, et du futur. Le patient déprimé se perçoit comme sans valeur et incapable d'accomplir quoi que ce soit, et ne s'attend qu'à des conséquences négatives et à un futur malheureux ; la motivation pour faire un effort est donc absente, et le patient va abandonner, lâcher prise. Beck (1976) le formule de la façon suivante : « *lorsqu'une personne estime qu'elle ne peut pas réussir dans une tâche, elle va probablement l'abandonner* » (p. 103).

### **2.1.6. Le comportement suicidaire**

Si tout n'est que souffrance et déplaisir pour le patient dépressif, alors le suicide peut être, selon Beck (1976), « *l'expression ultime du désir d'éviter* » (p. 104).

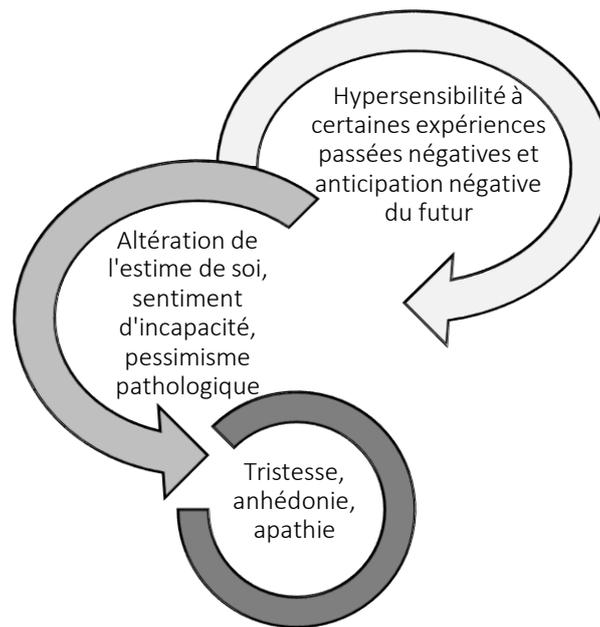
Comme nous l'avons vu, le patient ne croit pas pouvoir aller mieux un jour, perçoit ses difficultés comme interminables et se perçoit lui-même sans aucune valeur ; dans cette perspective, le suicide n'est pas une façon illogique d'agir. Les intentions suicidaires ou les tentatives de suicide découlent alors de pensées du type « *continuer ma vie ne sert à rien* », « *ça ne s'améliorera jamais* », « *je ne sers à rien, le monde irait mieux si j'étais mort* » (Beck, 1976).

### 2.1.7. Le rapport au temps dans le modèle de la dépression de Beck : conclusion

Pour synthétiser brièvement la conception que Beck (1976) fait de la dépression, les éléments essentiels s'articulent ainsi autour des principales idées suivantes :

- (1) **L'hypersensibilité à certaines expériences**, et notamment les expériences de perte qui sont vécues de manière absolue, extrême et surgénéralisée, associée d'une part à une tendance à se remémorer les expériences négatives et d'autre part à anticiper des pertes futures.
- (2) Une tendance à s'attribuer la responsabilité des pertes et des échecs passés, conduisant ainsi à une **baisse importante de l'estime de soi**, associé ainsi à un sentiment de ne pas avoir de valeur.
- (3) Un **pessimisme** envahissant conduisant à anticiper les malheurs et les vivre comme s'ils s'étaient déjà produits, et à considérer que les difficultés actuelles ne s'amélioreront jamais à l'avenir.
- (4) Découlant en partie des éléments précédemment cités, un sentiment de **tristesse** et un **état d'anhédonie et de passivité** (perte d'énergie et plaisir, réduction des activités, avec la sensation que « *ça ne sert à rien* »).
- (5) Aboutissant, ensemble, à des **intentions suicidaires ou des tentatives de suicide** qui sont ici à considérer comme l'ultime solution de retrait face à une souffrance absolue et inéluctable, et à un futur sans espoir.

La **figure 3**, ci-dessous, synthétise l'interaction que Beck (1976) envisage entre ces différents éléments du fonctionnement dépressif, et permet de mieux comprendre comment l'altération du rapport au temps serait à même d'impacter la symptomatologie dépressive : l'hypersensibilité aux expériences négatives du passé et l'anticipation négative du futur conduiraient à une altération de l'estime de soi, un sentiment de ne pas être en capacité de faire face à la situation, et une tendance à envisager avec pessimisme et fatalité le futur. Ensemble, ces différents aspects de la dépression contribueraient alors à aggraver et maintenir la tristesse, l'anhédonie et l'apathie, à la manière d'un cercle vicieux.

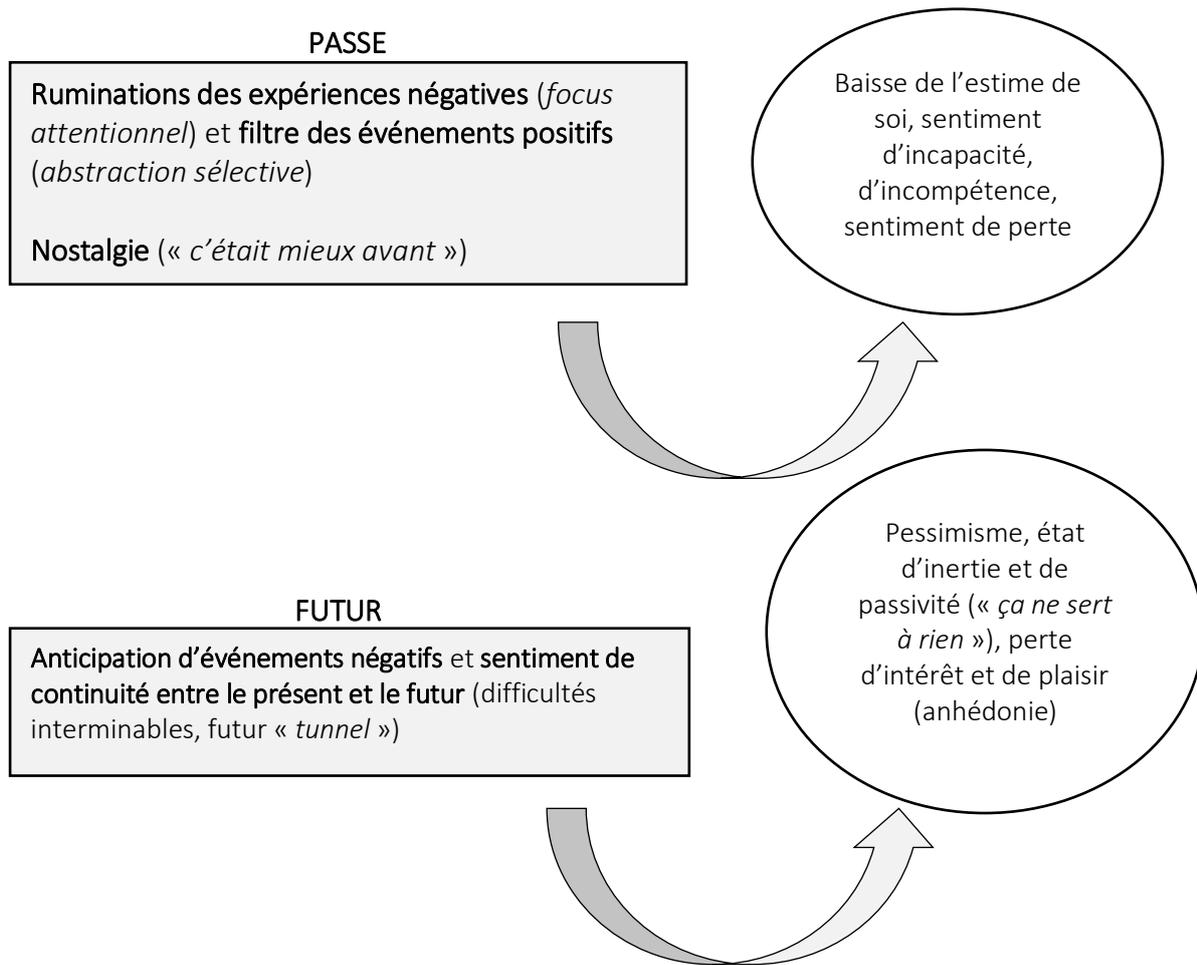
**Figure 3.** Synthèse du modèle la dépression de Beck réalisée à partir des écrits de Beck (1976)

Dans cette conception de la dépression que présente Beck (1976), nous pouvons déjà concevoir une altération des dimensions temporelles, que nous pouvons synthétiser par la **figure 4** ; ce schéma résume les notions de rapport au temps qui sont évoquées par Beck.

- 1) ***L'altération du rapport au passé*** est évoquée par la tendance à une vulnérabilité excessive aux événements négatifs qui sont ressassés au détriment des événements positifs. Cela conduit à une baisse de l'estime de soi et un sentiment d'incompétence car les échecs passés sont vécus comme une défaillance personnelle. Par ailleurs, le passé pourrait également être vécu comme un état antérieur perdu plus satisfaisant et désormais inatteignable qui vient ternir la vision du présent et du futur (« *c'était mieux avant* »).
- 2) ***L'altération du rapport au futur*** est évoquée par la tendance à anticiper des événements négatifs et à considérer les souffrances actuelles comme insolubles et éternelles (« *ça sera toujours comme ça* », « *je n'y arriverais jamais* »). Cette vision pessimiste et fataliste du futur contribuerait aux conduites anhédoniques et apathiques (puisque tout ira toujours mal et que rien n'est possible, le patient perd la motivation et l'énergie à faire des activités).

Ensemble, l'altération du passé et du futur contribuerait alors à un retrait, un désengagement vis-à-vis du présent.

Figure 4. Le rapport au temps dans la dépression, synthèse des notions évoquées par Beck (1976)



Beck (1976) soulève également un point très intéressant : la notion d'extension, de continuité entre les différentes dimensions temporelles. En ressassant les expériences négatives du passé et en s'en appropriant la responsabilité, les individus déprimés développent la croyance d'une faille et d'une incapacité en eux ; cette altération de l'image de soi impacte alors négativement la croyance en leurs capacités pour faire face à la situation présente, et contribue au sentiment que les difficultés seront insolubles dans le futur.

Cela souligne l'intérêt de considérer toutes les dimensions temporelles auprès d'individus déprimés : le passé, le présent, et le futur. En ce sens, le concept de perspective temporelle et son outil de mesure (le ZTPI), qui évalue le rapport subjectif à ces trois dimensions, serait particulièrement intéressant à investiguer dans le contexte de la dépression.

## **2.2. Le rapport au temps dans les fondamentaux de la théorie comportementale et cognitive de la dépression**

### **2.2.1 L'impuissance apprise**

Selon Seligman (1975), la dépression peut en partie résulter d'un sentiment de perte de contrôle sur l'environnement, qui conduirait à un état de passivité (l'individu se sentant impuissant, il ne cherche plus à contrôler la situation). Il construit cette hypothèse à partir d'une expérience effectuée chez l'animal : deux groupes de chiens sont placés dans des cages électrifiées. Les chiens du groupe 1 peuvent arrêter la stimulation désagréable en appuyant sur un levier, alors que les chiens du groupe 2 n'ont aucun moyen d'arrêter la stimulation désagréable. Puis, lorsque tous les chiens sont placés dans une situation contrôlable (où ils peuvent arrêter la décharge électrique), on observe que seuls les chiens du groupe 1 cherchent à éviter la stimulation. En revanche, les chiens du deuxième groupe, qui ont appris précédemment que la décharge était inévitable, vont rester dans un état de passivité. Ils ont appris à être impuissants.

En d'autres termes, en faisant préalablement l'expérience d'une absence de maîtrise de l'environnement, les chiens du groupe 2 développent une attitude résignée et passive qui se maintient dans les situations contrôlables. A partir de ces expérimentations, Seligman (1975) fait un parallèle avec le fonctionnement des individus déprimés : les expériences traumatiques induiraient un sentiment d'incapacité et d'incontrôlabilité des événements négatifs, menant à une diminution des conduites adaptatives. Les individus en viendraient donc à percevoir les événements de vie comme incontrôlables ; ce qui fait sens avec la perte de motivation et le pessimisme prégnant dans le fonctionnement dépressif.

La théorie de l'impuissance apprise est par la suite étoffée, avec l'introduction de la notion d'attribution (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978). En effet, l'attribution que les individus font des événements négatifs contribuerait aux troubles dépressifs. Dans leur ouvrage, Mirabel-Sarron et Docteur (2013) proposent une description de la théorie de l'attribution d'Abramson et al. (1978).

Trois dimensions de l'attribution sont évoquées :

- (1) **L'internalité** : la cause est d'origine personnelle, elle vient de soi-même et n'est pas liée aux caractéristiques de la situation.
- (2) **La stabilité** : la cause va persister dans le temps, elle n'est pas transitoire.
- (3) **La globalité** : la cause affecte d'autres événements, et ne pas va uniquement affecter l'événement premier.

L'internalité affecterait l'estime de soi, la stabilité conduirait à la croyance qu'il n'y a pas de solution possible (impuissance apprise), et la globalité entrainerait la généralisation des difficultés dans le futur. Selon Abramson et al. (1978), la symptomatologie dépressive serait intensifiée par une utilisation excessive de ces types d'attribution.

En effet, ces trois types d'attribution ne sont pas sans rappeler les hypothèses de Beck (1976) sur le fonctionnement dépressif : croyance d'une défaillance personnelle (« *c'est de ma faute* », internalité) et croyance que les difficultés sont éternelles et irrésolubles dans le futur (« *ça ne changera jamais* », stabilité et globalité).

Par ailleurs, le lien avec les dimensions de la perspective temporelle peut de nouveau être observé ici : une représentation négative du passé pourrait conduire à une attribution interne (se sentir responsable des échecs du passé), et une attitude fataliste vis-à-vis du présent pourrait conduire à une attribution stable sur le mode de l'impuissance apprise (« *ça ne changera jamais, je ne peux rien y faire* »). Enfin, la croyance que la cause va persister (stabilité) et se généraliser à tous les événements à venir (globalité) pourrait impacter la vision du futur.

L'hypothèse de liens entre la perspective temporelle et l'impuissance apprise peuvent par ailleurs s'étayer par les liens que la perspective temporelle entretient avec le sentiment d'efficacité et le sentiment de contrôle : le *passé négatif* et le *présent fataliste* seraient en effet associés à un moindre sentiment d'être efficace et d'avoir les ressources internes pour maîtriser les situations (Zebardast, Besharat & Hghighatgoo, 2011 ; Luszczynska et al., 2004 ; Zimbardo & Boyd, 1999).

## 2.2.2 Les distorsions cognitives et processus cognitifs

Selon Beck, la dépression serait sous-tendue par un traitement dysfonctionnel de l'information ; il explique la pensée dépressive par une suite d'erreurs logiques dans le traitement des informations (avec par exemple un focus sur les informations négatives au détriment des informations positives et même neutres ; *l'abstraction sélective*, évoquée précédemment) (Mirabel-Sarron & Docteur, 2013 ; Beck, 1976).

Nous pouvons différencier trois éléments cognitifs : les **cognitions** (ou pensées dépressives négatives), les **processus cognitifs** (ou biais de raisonnement) et les **schémas cognitifs** (règles de pensée, apprises anciennement dès l'enfance puis au cours du développement de l'individu, qui guident les comportements, l'interprétation et l'interaction avec le monde).

Les **cognitions** correspondent aux pensées, au monologue intérieur « dans la tête du patient ». Pour Beck (1979), les cognitions sont un élément central du processus dépressif ; elles seraient négatives et pessimistes, et concerneraient l'individu lui-même, son environnement et le futur (c'est la triade cognitive négative).

Ces cognitions ont un caractère personnel, car elles se basent sur l'interprétation que l'individu se fait de la situation ; et non sur la situation objective en elle-même. Dans la dépression, les cognitions sont à connotation négative et douloureuse (défaillance personnelle, abandon, infériorité, culpabilité...), et vont contribuer à maintenir un état émotionnel négatif (Mirabel-Sarron & Docteur, 2013). Ces cognitions sont sous-tendues par des processus cognitifs.

Les **processus cognitifs** dans la dépression correspondent à des erreurs de raisonnement (Beck, 1976). Ces biais de raisonnement conduisent le patient dépressif à avoir une représentation erronée ou partielle de la réalité.

Dans leur ouvrage, Mirabel-Sarron et Docteur (2013) listent les processus cognitifs fréquemment rencontrés chez le patient dépressif ; ces processus avaient déjà été définis par Beck (1976) puis repris et développés par Wright et al. (1993). Ils existeraient chez tous les êtres humains, mais seraient sur-utilisés chez les individus déprimés (Mirabel-Sarron & Docteur, 2013).

Parmi ces processus, plusieurs d'entre eux peuvent être mis en lien avec les dimensions temporelles :

- La **surgénéralisation** est une conclusion évidente tirée d'une seule expérience (« *personne ne m'aimera jamais* »), et représente ainsi une généralisation négative des expériences du passé ainsi qu'une anticipation pessimiste du futur.
- La **pensée catastrophiste** est un extrême de la généralisation, dans lequel l'impact négatif de l'expérience est amplifié, et qui correspond ainsi à un pessimisme excessif envers le futur.
- La **prédiction négative** est une utilisation du pessimisme pour prédire prématurément l'échec dans une nouvelle situation, et correspond ainsi à nouveau à une anticipation négative du futur.
- **L'abstraction sélective** est une tendance à rappeler préférentiellement les événements indésirables et négatifs au détriment des événements positifs ou neutres. Elle concerne ainsi principalement le rappel des expériences antérieures, et peut ainsi se mettre en lien avec la vision négative du passé.
- **La personnalisation** correspond à la tendance à interpréter une situation ou un événement en relation avec des caractéristiques venant de soi (« *c'est de ma faute* »). Cela renvoie ainsi à la tendance à s'attribuer la responsabilité des échecs du passé, que soulevait Beck (1976).
- **L'étiquetage** correspond à inférer une caractéristique stable sur soi à partir d'une caractéristique négative d'un événement. Cela peut ainsi renvoyer, à nouveau, à la tendance à généraliser les expériences négatives du passé et à s'en attribuer la responsabilité.

### 3. Dépression et rapport au temps : données empiriques

#### 3.1. Etude indirecte du rapport au temps dans la dépression

Comme nous l'avons vu, l'altération du rapport au temps est indirectement évoquée dans les modèles théoriques de la dépression. Mais qu'en est-il du lien entre rapport au temps et dépression dans les études scientifiques ?

Si peu d'études portent directement sur le lien entre perspective temporelle et dépression, plusieurs aspects liés aux dimensions temporelles sont néanmoins étudiés indépendamment dans la littérature : le rapport au futur est souvent investigué par le biais du pessimisme, de l'optimisme et de la mémoire prospective ; alors que le rapport au passé peut se retrouver dans le rôle des ruminations ainsi que dans la mémoire autobiographique. Ainsi, ces éléments, sans s'intéresser frontalement au concept de rapport de temps et de PT, ont cependant pour point commun de s'intéresser à des dimensions temporelles.

##### 3.1.1. Espoirs et attentes envers le futur : pessimisme et optimisme dans la dépression

L'optimisme et l'espoir seraient bénéfiques pour la santé physique et mentale (Peterson, 2000 ; Taylor et al., 2000 ; Taylor & Brown, 1988). Notamment, les échelles de désespoir corrélaient étroitement aux symptômes dysphoriques et aux attitudes dysfonctionnelles (Timm et al., 2013). De la même façon, la tendance à surestimer la probabilité que des événements négatifs nous arrivent et à sous-estimer la probabilité des événements positifs (i.e. pessimisme) serait également associée aux échelles de dépression et d'attitudes dysfonctionnelles (Timm et al., 2013).

L'idée selon laquelle les individus déprimés auraient une vision pessimiste du futur est au centre des théories cognitives de la dépression. La conceptualisation de la dépression inclut souvent l'idée d'une emphase concernant les cognitions orientées négativement vers le futur, et un profond sentiment de désespoir (Timm et al., 2013 ; Beck et al., 1979 ; Beck, 1976 ; Abramson et al., 1989).

Timm et al. (2013) ont notamment mis en évidence que les individus cliniquement déprimés avaient des scores significativement plus bas sur *l'Echelle d'Espoir* (Snyder et al.,

1991), en comparaison des individus en rémission de dépression, qui eux-mêmes avaient des scores d'espoir plus faibles que les non-déprimés.

Pour certains auteurs, cela serait en lien avec la tendance à avoir de faibles attentes envers la probabilité que des événements positifs arrivent dans le futur. En d'autres termes, les jugements de probabilité seraient influencés par la déformation négative de la réalité dans la dépression (Pyszczynski et al., 1987).

Alloy et Ahrens (1987) avaient justement mis en évidence que le « *style d'attribution dépressiogène* » s'associait avec un pessimisme envers le futur. Notamment, les individus déprimés produiraient des images mentales positives d'événements prospectifs (i.e. du futur) moins vivides et détaillées que les individus non-déprimés (Morina et al., 2011). De plus, ils estimeraient comme inférieure la probabilité que des événements positifs leur arrivent, et supérieure la probabilité que des événements négatifs leurs arrivent (Timm et al., 2013).

Selon Snyder (1995), la pensée optimiste et orientée vers l'espoir serait reliée directement à la capacité à avoir des pensées orientées vers des objectifs futurs. Ces cognitions dirigées vers les buts incluraient deux composantes :

- (1) **La composante agentique** (« *the agency component* »), qui correspond à la volonté ou l'énergie de s'orienter vers un but.
- (2) **La composante de cheminement** (« *the pathway component* »), qui correspond au sentiment d'efficacité qu'on pense avoir pour se diriger vers cet objectif.

Ces éléments rappellent par ailleurs le concept de perspective temporelle :

- La dimension « *futur* » de la PT évalue en effet principalement l'orientation vers des buts et la planification. En ce sens, elle pourrait influencer la *composante agentique*.
- La PT est associée au sentiment d'efficacité, et pourrait en ce sens influencer le *cheminement*, c'est-à-dire la croyance d'avoir –ou non- les capacités d'atteindre nos buts (Zebardast et al., 2011 ; Luszczynska et al., 2004).

Ainsi, en se replaçant dans le modèle de Snyder (1995), on peut imaginer que la PT serait à même d'influencer la capacité à s'orienter vers des buts, et donc à avoir une pensée optimiste ; un type de pensée qui jouerait un rôle non négligeable dans la dépression. Toujours selon Snyder (1995), ces deux composantes de la pensée optimiste seraient en effet nécessaires pour garder espoir et seraient toutes deux corrélées avec la dépression (Chang, 2003).

Plusieurs études suggèrent qu'il existerait un biais d'optimisme chez les individus non-déprimés, dans leurs attributions des probabilités d'événements positifs et négatifs

(Pyszczynski et al., 1987 ; Kuiper, 1978 ; Rizley, 1978), dans l'évaluation de leurs propres compétences (Lewinsohn et al., 1980), ou encore dans leurs souvenirs de feedbacks positifs et négatifs (Nelson & Craighead, 1977).

Les individus sains présenteraient en effet un optimiste irréaliste (Harris & Middleton, 1994 ; Campbell et al., 2007). En d'autres termes, ils surestiment significativement la probabilité que des événements positifs leur arrivent dans le futur, et sous-estiment la probabilité que des expériences négatives leur arrivent ; et cela en comparaison de ce qu'ils estiment pour autrui (Sharot, 2011).

A l'inverse, les individus souffrant de dépression auraient tendance à juger les événements négatifs comme ayant plus de probabilité de leur arriver à eux qu'aux autres (Timm et al., 2013 ; MacLeod et al., 1997 ; MacLeod & Cropley, 1995 ; Butler & Mathews, 1983) et jugent les événements positifs comme ayant moins de probabilité de leur arriver à eux qu'aux autres (Timm et al., 2013 ; MacLeod et al., 2001 ; MacLeod et al., 1997 ; MacLeod & Cropley, 1995 ; Pyszczynski et al., 1987).

L'optimisme serait donc, en plus d'être bénéfique pour la santé, une variable différenciant les individus déprimés des non-déprimés. Dans une étude de Timm et al. (2013), 55% de la variance des symptômes dépressifs est expliquée par l'espoir et la probabilité estimée que des événements positifs et négatifs arrivent dans le futur.

Ces éléments soulignent l'importance de prendre en compte la perception du futur dans la santé psychologique, et plus spécifiquement ici dans la souffrance dépressive.

Certaines spécificités de la pensée optimiste nous informent également sur l'importance de l'interaction entre les différentes dimensions temporelles : en effet, l'optimisme envers le futur serait en lien avec la sensation de pouvoir contrôler les événements négatifs, et ce sentiment de contrôle serait lui-même en lien avec la tendance à ruminer les expériences négatives du passé (Bartezak & Bokus, 2015).

En d'autres termes, le fait de ressasser les événements négatifs du passé serait associé à une moindre sensation de contrôle, elle-même associée à un moindre optimisme envers le futur.

De plus, les composantes de la pensée optimiste (cheminement, composante agentique) seraient associées aux ruminations des événements négatifs du passé et à l'impact de ces événements négatifs sur les symptômes dépressifs (Visser et al, 2013 ; Geiger & Kwon, 2010). Cela souligne encore davantage l'intérêt de prendre en compte les trois dimensions temporelles simultanément, bien qu'elles soient souvent étudiées indépendamment l'une de l'autre dans

la littérature actuelle. En effet, la très grande majorité des études s'intéressant à la perception que les individus ont de leur futur ne s'intéresse pas simultanément à la perception qu'ils ont de leur passé.

### **3.1.2. Mémoire autobiographique et dépression**

La mémoire autobiographique peut se définir comme un système de mémoire contenant « *les faits et événements qui ont été interprétés et intégrés dans une histoire consistante de soi-même* » (Buckner & Fivush, 1998, p. 407). Cette capacité à rappeler les événements passés aurait plusieurs fonctions : elle jouerait un rôle dans l'acquisition d'un sentiment d'identité cohérent (fonction identitaire), dans les relations sociales (fonction sociale), et dans la mise en place d'objectifs (fonction directive) (Grace et al., 2015).

En effet, le rappel de souvenirs passés permettrait une réactualisation du soi afin de conserver un sentiment de continuité de soi-même dans le temps. La mémoire autobiographique nourrirait le soi en apportant des narrations cohérentes et organisées qui cultivent le sentiment d'identité (Wilson & Ross, 2003 ; Conway & Pleydell-Pearce, 2000).

Le rappel du passé permettrait également l'acquisition de connaissances sur soi pouvant être projetées dans le futur (Neisser, 1988). L'utilisation des expériences de vie passées pourraient en effet permettre de guider le comportement futur (Bluck & Alea, 2002 ; Pillemer, 1998 ; Baddeley, 1988). Ainsi, les événements passés peuvent être utilisés comme analogies pour les problèmes actuels, et aider à prédire les conséquences futures (Williams, 1996) ; la mémoire autobiographique pourrait ainsi jouer un rôle dans la résolution de problèmes et la planification. Ainsi, le rapport aux souvenirs passés pourrait être à même de guider la façon dont l'individu appréhende le présent et dont il met en place des objectifs futurs. En effet, Alea et Bluck (2013) ont mis en évidence une association positive entre la mémoire autobiographique, le comportement directif (orienté vers des objectifs), les affects positifs et la perspective temporelle future.

De plus, le rappel et le partage d'expériences passées permettraient de développer et maintenir des relations sociales par le développement du sentiment d'intimité et de proximité (Pillemer, 2009 ; Alea & Bluck, 2003, 2007 ; Cohen, 1998 ; Nelson, 1993 ; Neisser, 1988).

Enfin, la mémoire autobiographique aurait également pour fonction de maintenir une image positive de soi (Wilson & Ross, 2000, 2003 ; Robinson, 1986) afin d'améliorer l'estime de soi et de réguler ses émotions (Bluck et al., 2005 ; Wilson & Ross, 2003).

Ainsi, selon Grace et al. (2015), le rappel d'événements passés serait au service des fonctions adaptatives et participerait au bien-être psychologique. En ce sens, nous pouvons imaginer que des difficultés à utiliser la mémoire autobiographique pourrait impliquer une détresse psychologique (Grace et al., 2015). Plusieurs données de la littérature supportent cette hypothèse chez les patients déprimés, tels que les biais mémoriels négatifs et la mémoire autobiographique surgénéralisée.

### **3.1.2.1. Dépression et biais mémoriels négatifs**

Plusieurs biais de traitement de l'information ont été mis en évidence chez les individus déprimés. Notamment, ces derniers auraient tendance à favoriser les informations congruentes avec leur humeur (par exemple, ils seront plus attentifs aux indices qui indiquent un rejet personnel, et moins attentifs aux indices d'acceptation) (Clark & Beck, 2010 ; Beck & Clark, 1997 ; Beck, 1987).

Ce biais de traitement de l'information se retrouverait également dans le rappel mémoriel. Nous pouvons en effet observer une tendance à générer moins de souvenirs positifs chez les sujets déprimés par rapport aux non-déprimés (Addis, D. et al., 2016 ; Anderson & Evans, 2014 ; Miranda & Mennin, 2007 ; MacLeod et al., 1997).

Ainsi, les patients déprimés auraient tendance à rappeler davantage les souvenirs négatifs, plus accessibles car favorisés par l'humeur ; et ils généreraient moins de souvenirs positifs que les individus non-déprimés. A l'inverse, les individus non-déprimés rappelleraient quant à eux préférentiellement des souvenirs positifs plutôt que négatifs. Ce biais d'optimisme serait donc altéré dans la dépression, où l'information négative est favorisée et contribue à maintenir l'humeur dépressive (Addis, D. et al., 2016 ; Anderson & Evans, 2014 ; Belzung et al., 2014 ; Gotlib & Joorman, 2010 ; Miranda & Mennin, 2007 ; Mathews & MacLeod, 2005 ; MacLeod et al., 1997 ; Matt et al., 1992 ; Parrott & Sabini, 1990 ; Blaney, 1986 ; Clarck & Teasdale, 1982 ; Bower, 1981).

Le fait de se focaliser sur les événements négatifs est en cohérence avec les processus cognitifs identifiés dans la dépression : en effet, les individus déprimés seraient vulnérables à l'information négative et auraient un déficit pour traiter l'information positive (Joorman & Siemer, 2004 ; MacLeod & Byrne, 1996) ; ils augmenteraient leur expérience négative et leur

humeur dépressive en activant un processus centré sur les pensées négatives (Teasdale, 1988). A contrario, les individus sains qui expérimentent une humeur triste vont malgré tout réussir à conserver un état dysphorique moyen et transitoire qui n'évoluera pas vers une dépression sévère (Scher et al., 2005).

Cette tendance à se focaliser sur les souvenirs négatifs serait impliquée dans le fonctionnement dépressif : plusieurs études ont mis en évidence chez les individus déprimés une tendance à produire moins de rappels positifs (par rapport aux non-déprimés) (Addis et al., 2016 ; Anderson & Evans, 2014 ; Miranda & Mennin, 2007 ; MacLoad et al., 1997).

De plus, la focalisation sur les souvenirs négatifs viendrait maintenir et aggraver l'humeur dépressive (Singer & Salovey, 1988 ; Williams et al., 1988). Dans l'ensemble, la littérature montre également que les souvenirs positifs sont rappelés de façon moins vivide chez les patients déprimés ; à l'inverse des souvenirs négatifs qui sont rappelés de façon plus vivide, intrusive, et génératrice de détresse (Newby & Moulds, 2010 ; Bergouignan et al., 2008 ; Birrer et al., 2007 ; Patel et al., 2007 ; Lemogne et al., 2006).

Par ailleurs, la littérature a mis en évidence que le rappel de souvenirs positifs pourrait contribuer à la régulation émotionnelle et permettrait d'améliorer l'humeur (Speer et al., 2014 ; Rusting & DeHart, 2000 ; Parrott & Sabini, 1990). En effet, les individus sains utilisent le rappel de souvenirs positifs pour améliorer leur humeur (Speer et al., 2014 ; Joorman & Siemer, 2004, 2007 ; Duckworth et al., 2005). En ce sens, le rappel de souvenirs positifs apparaît comme une stratégie de régulation émotionnelle efficace. Speer et al. (2014) a notamment appuyé cette hypothèse en mettant en évidence, par fMRI (Imagerie Fonctionnelle par Résonance Magnétique), que la mémoire autobiographique orientée vers les souvenirs positifs (vs rappel de souvenirs neutres) activerait le système de récompense.

Cependant, cette capacité à améliorer l'humeur négative par le biais d'un rappel de souvenirs positif n'est pas observée chez les individus déprimés (Joorman et al., 2007, 2004 ; Bluck et al., 2005). Au contraire, cette stratégie aggraverait l'humeur des patients déprimés (Feldman et al., 2008 ; Joorman et al., 2007). En d'autres termes, le fait de rappeler des souvenirs positifs baisserait l'humeur des individus déprimés, au lieu de l'améliorer.

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que le patient déprimé se focaliserait sur les différences entre le passé et le présent, et s'engagerait dans un processus visant à comparer un passé plus heureux (mais vécu comme inaccessible) par rapport à un présent et un futur sans

issue (Werner-Seidler et al., 2011 ; Beck, 1976). Ainsi, le rappel de souvenirs positifs chez les individus déprimés ne ferait qu'accentuer la vision négative et pessimiste du présent et du futur.

Plusieurs autres hypothèses pourraient expliquer l'aggravation ou la non-amélioration de l'humeur lors du rappel de souvenirs positifs :

- Joorman et al. (2007) proposent que le processus de rumination des individus déprimés entrerait en jeu dans le rappel de souvenirs positifs : les souvenirs heureux seraient comparés aux sentiments dépressifs générés par la rumination, une comparaison qui viendrait aggraver l'humeur négative.
- Chen et al. (2015) évoquent également le rôle potentiel de l'anhédonie (incapacité à expérimenter des sentiments positifs) dans l'inefficacité du rappel de souvenirs positifs pour améliorer l'humeur : les individus ne seraient pas en capacité de trouver du plaisir à rappeler des souvenirs positifs.
- Enfin, il serait également possible que les souvenirs positifs rappelés ne soient pas perçus comme positifs en premier lieu (n'induisant alors pas les sentiments positifs permettant d'améliorer l'humeur) (Chen et al., 2015).

Cette dernière hypothèse serait congruente avec la déformation de la réalité chez les individus déprimés. Cela souligne également l'importance de la subjectivité dans le rapport aux dimensions temporelles : ce n'est pas la valeur objective des souvenirs passés (positive ou négative) qui serait à prendre en considération, mais bien la représentation subjective que l'individu a de son passé.

### **3.1.2.2. Réduction de la spécificité de la mémoire autobiographique et prospective dans la dépression**

La littérature a mis en évidence que les individus déprimés avaient tendance à générer des événements passés de façon moins spécifique que les non-déprimés (Williams et al., 2007). Cette habilité à générer des simulations spécifiques d'événements serait par ailleurs associée au bien-être psychologique, à la résolution de problèmes et aux comportements d'adaptation (Addis et al., 2016).

Cette réduction de la spécificité des événements générés a été investiguée par de nombreuses études et au sein de plusieurs populations de patients : déprimés et suicidaires, avec dépression subclinique, à risque de dépression ou en rémission après un épisode dépressif

(Young et al., 2013 ; Dalgleish et al., 2007 ; Dickson & Bates, 2006 ; MacKinger et al., 2000 ; Williams et al., 1986 ; Brittlebank & al., 1993).

En effet, lorsqu'on leur donne des mots-clefs, par l'intermédiaire du test de Williams et al. (1996) sur la mémoire, les patients déprimés ont tendance à rappeler des souvenirs avec une moindre spécificité concernant le contexte spatial et temporel (Williams et al., 2007 ; van Vreeswijk & de Wilde, 2004).

Cette tendance à générer des souvenirs plus généraux et moins spécifiques se retrouve également concernant la mémoire prospective, c'est-à-dire la capacité à simuler des événements futurs et imaginer des scénarii (Dickson & Bates, 2006 ; Williams & al., 1996). De façon générale, les événements passés et futurs seraient ainsi générés de façon moins spécifique par les individus déprimés.

Ces éléments ne sont pas sans rappeler certaines distorsions spécifiques de la dépression, notamment la *surgénéralisation* ; cette distorsion correspond au fait de généraliser les événements ou les informations sur soi à partir d'une seule expérience pour en faire une règle générale (par exemple, à partir d'un rejet sentimental, se dire « *personne ne veut/voudra jamais de moi* ») (Mirabel-Sarron & Docteur, 2013).

Certaines études expliquent la tendance à générer des événements moins spécifiques par le processus de rumination qui viendrait perturber l'accessibilité aux événements spécifiques. Le processus de rumination tend à générer des informations génériques sur soi-même (notamment des informations négatives) ; ces informations génériques sur soi rendraient les événements rappelés plus généraux car déformés par les informations génériques sur soi (Addis et al., 2016).

### 3.1.3. Dépression et ruminations

Les ruminations sont définies comme des pensées récurrentes, répétitives et passives qui concernent les significations, les causes (*pourquoi ça m'est arrivé ?*) et les conséquences (*que va-t-il m'arriver ?*) des situations (Philippot et al., 2015 ; Nolen-Hoeksema et al., 2008). Les ruminations ont donc tendance à concerner des événements passés et/ou futurs. Cependant, les auteurs s'accordent à dire que les ruminations concernent davantage le passé, alors que les préoccupations anxieuses seraient davantage orientées vers le futur (Monestès & Baeyens, 2016).

Nous pouvons distinguer deux modes de ruminations (Watkins, 2008, 2011, 2004 ; Watkins & Teasdale, 2001 ; Teasdale, 1999) :

- (1) **Le mode concret-expérientiel**, au sein duquel les pensées se caractérisent par une attention portée sur le moment présent et sur la façon dont les choses se déroulent dans l'instant, moment après moment.
- (2) **Le mode abstrait-analytique**, au sein duquel les pensées s'orientent de façon focalisée sur l'analyse des significations, des causes et des conséquences d'une situation (« *qu'est-ce que ça veut dire ?* », « *pourquoi j'en suis arrivé là ?* », « *comment je vais m'en sortir, que va-t-il se passer ?* »).

Le mode concret-expérientiel porterait davantage sur les émotions, sensations physiologiques et contexte spécifique au moment actuel, alors que le mode abstrait-analytique porterait davantage sur le passé et le futur (Philippot et al., 2015).

La distinction de ces deux modes de rumination n'est pas sans rappeler certaines caractéristiques des dimensions de la perspective temporelle :

- Le *présent hédoniste*, correspondant à la capacité à se centrer sur le moment présent, pourrait favoriser (ou être favorisé par) le mode concret-expérientiel ; qui se caractérise également par une attention portée sur le présent.
- Le *présent fataliste*, l'absence d'orientation vers le *futur* et le *passé négatif* correspondent dans l'ensemble à une vision pessimiste et tunnelisée du présent et des possibilités futures, une difficulté à s'orienter vers des objectifs et une représentation négative du passé. Ce type de profil temporel pourrait ainsi être associé au mode abstrait-analytique, qui implique des préoccupations répétitives sur le passé et le futur (ayant ainsi tendance à générer une vision négative de ces derniers, conduisant à une moindre orientation vers des buts).

C'est le mode abstrait-analytique qui nous intéressera ici ; d'une part car c'est le mode qui serait impliqué dans les troubles psychologiques et notamment dépressifs (Philippot et al., 2015 ; Watkins, 2008), et d'autre part car c'est le mode de ruminations qui pourrait impliquer un rapport au temps potentiellement dysfonctionnel (pensées répétitives sur des préoccupations passées et futures).

Enfin, ce mode abstrait-analytique serait par ailleurs associé à la surgénéralisation de la mémoire autobiographique, évoquée précédemment ; tandis que le mode concret-expérientiel réduirait cette surgénéralisation (Watkins & Teasdale, 2001). En effet, les ruminations sont souvent associées à une mémoire autobiographique abstraite et surgénéralisée (« *je suis nul* », « *je fais toujours quelque chose de mal* ») (Haito Sun et al., 2014).

Ainsi, et comme nous l'avons évoqué précédemment, ce n'est pas tant le fait de se focaliser sur l'expérience négative qui serait dysfonctionnel en soi, mais plutôt la manière d'appréhender celle-ci (Watkins, 2004). En effet, après une expérience négative comme un échec, les ruminations sur un mode abstrait-analytique seraient associées à l'humeur négative et impliqueraient davantage de pensées intrusives à propos de la situation (Watkins, 2004).

Les ruminations mentales ont été principalement étudiées dans le cadre de la dépression ; et aujourd'hui, les ruminations sont considérées comme un processus impliqué dans le développement et le maintien de la dépression (Monestès & Baeyens, 2016 ; Philippot et al., 2015).

En effet, plusieurs études longitudinales ont mis en évidence que les ruminations contribueraient d'une part au développement, et d'autre part à la sévérité de la dépression, et médiatisent la relation entre les événements de vie et l'humeur dépressive (Monestès & Baeyens, 2016 ; Kinder-man et al., 2013 ; Michl et al., 2013 ; Nolen-Hoeksema, 2008). Plus spécifiquement, les ruminations seraient prédictives de l'apparition d'épisodes dépressifs majeurs et de symptômes dépressifs significatifs (Robinson & Alloy, 2003 ; Nolen-Hoeksema, 2000 ; Kuehner & Weber, 1999 ; Just & Alloy, 1997).

Afin d'examiner le rôle causal des ruminations dans la dépression, plusieurs études les ont manipulées expérimentalement, par exemple en demandant aux participants soit de ruminer (penser aux significations, causes et conséquences de leurs sentiments et sensations physiologiques), soit de se distraire.

Dans l'ensemble, les résultats montrent que les ruminations augmentent l'humeur dépressive (Lyubomirsky et al., 1999 ; Lyubomirsky, Caldwell, & Nolen-Hoeksema, 1998 ; Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1993, 1995 ; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1993 ; Morrow

& Nolen-Hoeksema, 1990), entraînent davantage de pensées négatives, altèrent la capacité de résolution de problème et diminuent la motivation à entreprendre des activités susceptibles d'améliorer l'humeur ou à s'orienter vers des buts (Monestès et Baeyens, 2016 ; Nolen-Hoeksema et al., 2008).

Ces éléments mettent d'autant plus en évidence l'impact du rapport au passé sur les autres dimensions temporelles (les ruminations des expériences passées impactant la motivation à entreprendre des activités hédonistes dans le présent, et diminuant l'orientation vers des buts futurs).

Le fait de ruminer apparaît ainsi comme un processus clairement susceptible d'augmenter la vulnérabilité à la dépression, et de contribuer à son maintien et sa sévérité (Monestès et Baeyens, 2016).

Selon Nolen-Hoeksema (2008), les ruminations chez les patients déprimés seraient en lien avec le fait de penser davantage à leur passé, présent et futur de manière négative : l'induction de ruminations amène en effet les participants à rappeler davantage de souvenirs négatifs du passé, mais également à avoir le sentiment que ces événements négatifs sont fréquents (Lyubomirsky et al., 1998 ; McFarland & Buehler, 1998 ; Pyszczynski, Hamilton, Herring, & Greenberg, 1989).

Les ruminations induiraient des biais négatifs qui peuvent entraîner, par exemple, une minimisation de leurs succès et une surgénéralisation de leurs échecs (concernant les événements passés) (Lyubomirsky et al., 1999 ; Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995 ; Greenberg, Pyszczynski, Burling, & Tibbs, 1992), associé à des attentes sombres et pessimistes envers le futur : les patients déprimés vont notamment s'attendre à moins d'événements positifs dans le futur (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995 ; Pyszczynski, Holt, & Greenberg, 1987).

Ainsi, les patients avec un épisode dépressif majeur, suite à l'induction de ruminations, auraient davantage de pensée négatives à propos d'eux-mêmes et de leur futur (Rimes & Watkins, 2005 ; Layender & Watkins, 2004).

Par ailleurs, le processus ruminatif serait associé à des comportements non-adaptés. En effet, les ruminations dans la dépression s'orienteraient principalement vers une valeur négative, pessimiste, fataliste. Elles ne permettraient donc pas de s'orienter vers des stratégies actives de résolution de problème, car les individus resteraient « fixés », bloqués sur les problèmes sans s'impliquer dans l'action car ces problèmes sont perçus comme insurmontables

et insolubles (Nolen-Hoeksema et al., 2008 ; Watkins & Moulds, 2005 ; Donaldson & Lam, 2004 ; Watkins & Baracaia, 2002 ; Lyubomirsky et al., 1999 ; Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995).

En effet, les ruminations seraient en lien avec le coping non-adaptatif, le désespoir, l'autocritique, un faible sentiment de contrôle, le pessimisme, et le névrosisme (Lam et al., 2003 ; Robinson & Alloy, 2003 ; Ciesla & Roberts, 2002 ; Flett et al., 2002 ; Nolen-Hoeksema & Jackson, 2001 ; Spasojevic & Alloy, 2001 ; Lyubomirsky et al., 1999 ; Nolen-Hoeksema & Davis, 1999 ; Nolen-Hoeksema, Larson, & Grayson, 1999 ; Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995). En amenant les individus à penser de manière pessimiste, fataliste, avec une faible estime de soi et la sensation de ne pas pouvoir contrôler la situation, les ruminations rendent ainsi difficile de s'orienter vers des stratégies de résolution de problèmes (Nolen-Hoeksema et al., 2008). Ainsi, le processus ruminatif exacerbe et prolonge la détresse dépressive ; par l'intermédiaire notamment des mécanismes précédemment cités (Nolen-Hoeksema et al., 2008).

En interférant avec la mise en place de stratégie de résolution de problèmes, les ruminations vont inhiber les comportements instrumentaux (orientés vers des buts). Par exemple, les ruminations sont associées à un délai plus long pour se rendre chez le médecin pour parler de ses symptômes (Lyubomirsky et al., 2006) et à une moindre compliance médicale (Aymanns et al., 1995).

### **3.1.4. Le rapport au temps dans la dépression : synthèse et conclusion**

Dans l'ensemble, la littérature a ainsi mis en évidence chez les patients déprimés :

- (1) **Un pessimisme vis-à-vis du futur** : les patients déprimés surestiment la probabilité que des événements négatifs leur arrivent, et sous-estiment la probabilité que des événements positifs aient lieu dans leur futur. En revanche, ce pessimisme pathologique ne se retrouve pas chez les individus déprimés lorsqu'ils doivent estimer la probabilité que des événements négatifs ou positifs arrivent chez autrui. Les individus sains, à l'inverse, font preuve d'un biais d'optimisme et surestiment la probabilité que des événements positifs leur arrivent dans le futur.
- (2) **Une mémoire autobiographique (des événements passés) altérée et surgénéralisée** : les patients déprimés se focalisent davantage sur les événements négatifs du passé, au détriment des souvenirs positifs ; et ont tendance à rappeler ces événements avec moins de spécificité.

Cette surgénéralisation des rappels d'événements passés conduit à des croyances absolues sur soi-même (« *j'ai toujours échoué* »). Par ailleurs, la tendance à surgénéraliser se retrouve également pour les événements futurs, dans la mémoire prospective (capacité à générer des scénarios futurs) (« *je ne vais jamais y arriver* »).

- (3) **Un rôle déterminant des ruminations sur le mode abstrait-analytique** : les patients déprimés auraient tendance à s'engager dans des pensées récurrentes et répétitives qui concernent souvent le passé (les causes) et le futur (les conséquences) des situations. Ces ruminations sont notamment associées à un biais de négativité vis-à-vis du passé et du futur, avec d'une part une surestimation de la fréquence des événements négatifs dans le passé, et d'autre part la sensation que les problèmes sont insurmontables et insolubles à l'avenir ; ces éléments rappellent par ailleurs le pessimisme et le fatalisme décrits par Beck (1976).

Ainsi, de nombreuses études suggèrent que les patients déprimés pourraient avoir un rapport altéré aux dimensions temporelles : une tendance à se focaliser sur les expériences négatives du passé, un pessimisme envers le futur avec une difficulté à s'orienter vers des objectifs, une difficulté à se centrer sur l'expérience du moment présent, et une généralisation des événements passés et futurs sous un angle négatif.

De plus, comme nous l'avons vu, la littérature suggère que le rapport subjectif aux événements (passés, futurs et présents) aurait davantage d'importance que la valeur intrinsèque de ces événements (positive, négative...); cela souligne la pertinence d'évaluer la représentation subjective que les individus déprimés ont de chaque dimension temporelle.

Enfin, les données de la littérature nous informent quant à l'importance de l'intrication entre les différentes dimensions temporelles, et notamment concernant le rôle du rapport au passé : un rapport négatif au passé altérerait le sentiment de pouvoir contrôler la situation et d'y répondre efficacement, impactant alors la capacité à s'orienter vers des objectifs futurs. Par ailleurs, les ruminations négatives envers le passé s'opposeraient à la capacité de se focaliser sur le moment présent.

Cependant, les études précédemment citées ne s'intéressent pas à une évaluation globale du profil temporel ; en d'autres termes, elles ne prennent en compte qu'une seule dimension. Le concept de perspective temporelle, et son outil de mesure (le ZTPI), permettrait alors d'investiguer directement le rapport subjectif des individus déprimés envers toutes les dimensions temporelles soulevées indirectement par la littérature :

- **Le rapport au passé**, en mesurant indépendamment le *passé négatif* et le *passé positif*
- **La tendance à se focaliser sur le moment présent et sur l'expérience du plaisir immédiat** (*présent hédoniste*)
- **La tendance à avoir le sentiment d'avoir un contrôle sur les événements** (*présent fataliste*)
- **La tendance à s'orienter vers des objectifs futurs** (*orientation vers le futur*)

De plus, comme nous l'avons évoqué à plusieurs reprises, plusieurs points communs peuvent être observés entre la PT et les différents éléments mentionnés précédemment (pessimisme, mémoire autobiographique, ruminations). Ainsi, au regard de tous ces éléments, il apparaît pertinent de se questionner sur les liens mis en évidence, dans la littérature scientifique, entre la perspective temporelle et les troubles dépressifs.

### 3.2. Perspective temporelle et dépression : état de la littérature

Malgré les nombreux éléments de la littérature indiquant que les patients déprimés pourraient avoir un rapport altéré aux dimensions temporelles, peu d'études se sont intéressées à la relation entre la dépression et la perspective temporelle en tant que telle.

Les études sur le lien entre PT et dépression sont rares et la quasi-totalité d'entre elles ne s'intéressent pas à la dépression en tant qu'entité clinique, mais aux symptômes dépressifs auprès de populations spécifiques.

En 1995, Breier-Williford & Bramlett se sont attachés à investiguer, auprès de patients dépendants, le lien entre l'inventaire de perspective temporelle de Stanford (*Stanford Time Perspective Inventory*), l'inventaire de dépression de Beck (BDI, *Beck Depression Inventory*), et l'échelle de désespoir de Beck (*Beck Hopelessness Scale*). Il s'agit là d'une des premières études s'intéressant à la relation entre perspective temporelle et dépression ; une étude conduite avant même la création de la version actuelle du ZTPI (Zimbardo & Boyd, 1999).

Ainsi, l'outil utilisé à l'époque ne contenait que quatre échelles : *présent hédoniste*, *présent fataliste*, *orientation vers le futur*, *orientation vers le passé* (la distinction entre *passé positif* et *passé négatif* n'ayant pas encore été amenée par Zimbardo lors de cette première version de l'outil). Les résultats de cette étude mettent en évidence que l'orientation vers le *futur* corrèle négativement avec les scores de désespoir.

Dans l'article de création et de validation du ZTPI, Zimbardo et Boyd (1999) observent, auprès d'une population de 205 étudiants, des corrélations significatives entre *l'Inventaire de Dépression de Beck* (Beck et al., 1961) et les cinq échelles du ZTPI, suggérant un lien entre la dépression et toutes les dimensions de la perspective temporelle.

Les résultats indiquent que les symptômes de dépression seraient associés à une vision plus négative du passé et une vision plus fataliste du présent, un moindre *présent hédoniste* et une moindre orientation vers le *futur*. Dans cette étude, les symptômes de dépression apparaissent plus fortement corrélés au *passé négatif* et au *présent fataliste* qu'au *présent hédoniste*, au *passé positif* et au *futur*.

Dans l'ensemble, les rares études qui ont succédé à celle de Zimbardo & Boyd (1999) mettent également en avant un lien entre PT et dépression, mais rejoignent rarement les résultats de ces derniers selon lesquels toutes les dimensions du ZTPI seraient liées à la dépression.

Par l'intermédiaire de la version grecque du ZTPI, Anagnostopoulos & Griva (2012) observent, auprès de 337 étudiants, une association significativement négative entre la dépression (évaluée par le CES-D, *Center for epidemiologic studies depression*) et le *passé positif*, ainsi qu'une corrélation significativement positive avec le *passé négatif*.

Dans la lignée de l'étude précédente, Tseferidi, Griva & Anagnostopoulos (2017) ont réalisé une étude auprès de 423 participants recrutés à nouveau en population générale. Les analyses de régression, après contrôle des facteurs sociodémographiques, mettent en évidence que le *passé négatif* serait le prédicteur le plus important de la dépression ( $\beta=.476$ ), suivi du *présent fataliste* ( $\beta=.339$ ).

Enfin, une autre étude réalisée en population générale auprès de 398 étudiants (Place et al., 2016) met en évidence que la dépression (scores au BDI) serait associée positivement au *passé négatif*, et prédite par cette même dimension ( $\beta=2.705$ ).

Pluck et al. (2008) ont réalisés une étude investiguant la PT et la dépression auprès d'une population de sans-abris comparée à un groupe contrôle en population générale. Ils observent auprès de leur groupe contrôle une corrélation significative moyenne entre les scores de dépression (évalués par la *Zung Self-rating Depression Scale*) et l'orientation vers le *passé négatif* du ZTPI ; mais cette corrélation n'est pas significative après contrôle du QI et de l'éducation. Par ailleurs, leurs résultats ne mettent en évidence aucune relation entre la dépression et les autres dimensions de la PT.

Pluck et al. (2008) observent également chez les sans-abris de hauts scores de dépression ainsi qu'un profil temporel significativement différent des participants contrôles : en effet, les sans-abris ont un *passé négatif* et un *présent fataliste* plus élevé, et un *passé positif* plus faible, en comparaison des participants contrôles. Cependant, la dépression serait indépendante du profil temporel chez les sans-abris.

Dans une autre étude auprès d'une population en situation de précarité, Fieulaine et al. (2006) observent que seul le *passé négatif* serait prédicteur des scores d'anxiété et de dépression à la HADS (*Hospital Anxiety Depression Scale*).

Ces résultats se posent alors en contradiction des résultats de Zimbardo et Boyd (1999), qui constataient un lien significatif entre les symptômes dépressifs et toutes les échelles du ZTPI.

Le lien entre perspective temporelle et dépression a été également investigué auprès d'individus atteints de maladies somatiques.

Dans une étude auprès d'adolescents atteints de cancer, Bitsko et al. (2008) mettent en évidence une corrélation significative forte entre le *passé négatif* et la symptomatologie dépressive (évaluée par le CES-D, *Center for epidemiologic studies on depression*).

Ils observent également que le *passé négatif* médiatise la relation entre le genre et la symptomatologie dépressive ; l'ajout du *passé négatif* réduisant ainsi la force de la relation entre le genre et la dépression. L'orientation vers le *passé négatif* apparaît ainsi comme un prédicteur plus direct de la symptomatologie dépressive que le fait d'être une femme. Cependant, les auteurs ne font pas mention des résultats concernant les autres échelles du ZTPI.

Dans une autre étude se déroulant auprès d'individus atteints de cancer, Wakefield et al. (2010) observent des corrélations significatives entre la dépression et toutes les dimensions du ZTPI ; ces résultats rejoignant ainsi davantage ceux de Zimbardo & Boyd (1999).

En effet, les scores à l'échelle « dépression » de la DASS (*Depression Anxiety and Stress Scale*) seraient positivement associées au *passé négatif* et au *présent fataliste*, et négativement associés au *présent hédoniste*, au *passé positif* et à l'orientation vers le *futur*.

Si toutes les dimensions de la PT sont associées significativement à la dépression dans l'étude de Wakefield et al. (2010), on observe cependant à nouveau que le *passé négatif* et le *présent fataliste* ressortent comme les échelles du ZTPI les plus fortement associées à la symptomatologie dépressive.

Par ailleurs, par l'intermédiaire de la HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*),

Wakefield et al. (2010) observent cette fois des associations significatives avec la dépression uniquement concernant le *passé négatif*, le *passé positif* et le *présent fataliste*.

En 2007, au sein d'une étude conduite auprès d'individus avec diabète, Livneh & Martz mettent en évidence que les scores de dépression (par l'intermédiaire de l'échelle « dépression » du RIDI, *Reactions to Impairment and Disability Inventory*) corrèlent significativement avec le *passé négatif*, le *présent fataliste*, le *passé positif* et l'orientation vers le *futur*.

Par ailleurs, leurs analyses de régression montrent qu'un haut niveau de dépression serait prédit par de hauts scores de *passé négatif* ( $\beta=0.44$ ) et de *présent fataliste* ( $\beta=0.40$ ).

Si l'étude pionnière de Zimbardo & Boyd (1999) mettait en évidence des corrélations entre les symptômes dépressifs et toutes les dimensions de la perspective temporelle, les études suivantes ne répliquent pas ces résultats pour la grande majorité d'entre elles.

Dans l'ensemble, le rapport négatif au passé apparaît comme la dimension temporelle ressortant majoritairement de la littérature, et étant la plus fortement associée à la symptomatologie dépressive (Place et al., 2016 ; Anagnostopoulos & Griva, 2011 ; Wakefield et al., 2010 ; Bitsko et al., 2008 ; Pluck et al., 2008 ; Livneh & Martz, 2007 ; Zimbardo & Boyd, 1999).

Par ailleurs, le *passé négatif* semble constituer le principal prédicteur de la dépression dans les quelques études ayant effectuées des analyses de régression (Place et al., 2016 ; Tseferidi et al., 2016 ; Livneh & Martz, 2007 ; Fieulaine et al., 2006).

Ainsi, le fait d'avoir un rapport négatif au passé serait associé à une plus forte symptomatologie dépressive ; un résultat cohérent avec ce que la littérature nous apprend sur le rôle du passé dans la construction de l'identité, la régulation émotionnelle, l'estime de soi, le sentiment d'efficacité et la capacité à s'orienter vers des objectifs ; comme nous l'avons vu précédemment.

La littérature est moins homogène concernant les autres dimensions temporelles dans la dépression. Plusieurs études mettent en évidence qu'une attitude fataliste envers le présent serait également associée à la symptomatologie dépressive ; le *présent fataliste* figure en effet comme la dimension ressortant majoritairement de la littérature après le *passé négatif* (Tseferidi et al., 2017 ; Wakefield et al., 2010 ; Livneh & Martz, 2007 ; Zimbardo & Boyd, 1999).

A l'inverse, le *passé positif* et le *présent hédoniste* seraient associés négativement à la dépression (Anagnostopoulos & Griva, 2012 ; Wakefield et al., 2010 ; Livneh & Martz, 2007 ; Zimbardo & Boyd, 1999). Cependant, ces dimensions ressortent bien plus rarement dans les

études précédemment citées, et les corrélations observées sont bien plus faibles. Par ailleurs, elles ne figurent pas parmi les prédicteurs des symptômes dépressifs lors des analyses de régression. De même, outre l'étude de Zimbardo & Boyd (1999), seules deux études (Wakefield et al., 2010 ; Livneh & Martz, 2007) observent une association (négative) entre l'orientation vers le *futur* et la dépression.

Plusieurs éléments peuvent cependant expliquer l'hétérogénéité des résultats : d'une part, des différences considérables entre les populations investiguées (étudiants, sans-abris, adolescents, individus atteints de maladies somatiques), et d'autre part des différences concernant le type d'outil utilisé pour évaluer les symptômes dépressifs.

Dans l'ensemble, la littérature reste insuffisante et hétérogène quant au lien entre la perspective temporelle et la dépression. Les études observent une relation significative entre la dépression et la dimension passé du ZTPI ; les individus auraient davantage de chances d'avoir de hauts scores de dépression lorsqu'ils sont orientés négativement vers le passé. Fieulaine et al. (2006) expliquent le lien significatif entre dépression et *passé négatif* par l'importance des ruminations négatives vis-à-vis du passé dans la souffrance psychologique (Holman et Silver, 1998). Ces éléments sont en cohérence avec le rôle considérable joué par le processus ruminatif dans la dépression, que nous avons évoqué précédemment. Cependant, les autres dimensions de la PT ressortent quant à elles assez peu dans littérature, outre l'étude initiale de Zimbardo & Boyd en 1999. Ces résultats demeurent étonnants compte tenu de ce que nous savons du fonctionnement dépressif, notamment concernant le pessimisme et le fatalisme, et la difficulté de s'orienter vers le moment présent.

Enfin, nous remarquons que les études précédemment citées ne se sont pas effectuées auprès de population d'individus atteints de troubles mentaux. En effet, la littérature scientifique s'est principalement attachée à étudier le lien entre PT et dépression auprès de la population générale ou dans le cadre de la maladie somatique.

Les études s'intéressant au lien entre PT et dépression dans le domaine de la psychopathologie et de la psychiatrie sont rares. Une rareté qui peut partiellement s'expliquer compte tenu des origines historiques du concept de perspective temporelle : en effet, la PT a été initialement développée en psychologie sociale, avant d'être davantage investiguée dans le domaine de la psychologie de la santé (auprès d'individus atteints de maladies somatiques ou dans le domaine des comportements de risque et de prévention). Son utilisation en

psychopathologie et en psychiatrie demeure ainsi peu développée, d'autant plus en France.

Parmi les quelques études s'intéressant à ce lien auprès d'une population de patients atteints de troubles mentaux, van Beek et al. (2011) figurent parmi les premiers à étudier la PT dans un contexte psychiatrique. Ils observent des corrélations significatives entre les scores de dépression (évalués par le BDI-II, *Beck Depression Inventory-II*) et le *passé négatif*, le *passé positif* et le *présent fataliste*. En revanche, ils ne mettent en évidence aucune relation significative entre la dépression, le *présent hédoniste* et l'orientation vers le *futur*. Il faut cependant noter que van Beek et al. (2011) se sont ici intéressés à une population de patients consultant pour troubles de la personnalité, et non pour des troubles dépressifs.

Ainsi, qu'en est-il du lien entre PT et dépression auprès d'individus cliniquement déprimés ? A notre connaissance, une seule étude à ce jour s'est intéressée à une population de patients cliniquement diagnostiqués pour troubles dépressifs (Oyanadel & Buéla-Casal, 2014).

Dans cette étude récente, Oyanadel & Buéla-Casal (2014) comparent les scores de PT de 70 individus diagnostiqués avec un Episode Dépressif Majeur (DSM IV), et 70 individus sains qui composent leur groupe contrôle. Les auteurs mettent en évidence des différences significatives de profil temporel entre des individus déprimés et non-déprimés : les participants du groupe dépression seraient davantage tournés vers le *passé négatif* et le *présent fataliste*, et moins tournés vers le *passé positif*, que les participants du groupe contrôle (voir **tableau 2**).

**Tableau 2.** Moyenne, Ecart-type et Comparaison (Test t) des mesures de Perspective Temporelle entre les individus déprimés et les individus non-déprimés (Oyanadel & Buéla-Casal (2014))

	Groupe Dépression (n=70)	Groupe Contrôle (n=70)	
	Moyenne (ety)	Moyenne (ety)	Test t
Passé négatif	3.96 (0.84)	3.32 (1.01)	4.066***
Passé positif	3.31 (0.87)	3.80 (0.93)	-3.251**
Présent fataliste	2.82 (0.92)	2.43 (0.90)	2.543*
Présent hédoniste	3.30 (0.80)	3.26 (0.89)	0.300
Futur	3.56 (0.87)	3.72 (0.80)	-1.123

\*\*\* p <.0001    \*\* p.<.001    \*p<.05

Cependant, cette unique étude investiguant la PT auprès d'individus cliniquement déprimés ne mentionne ni l'outil utilisé pour évaluer la dépression et inclure les patients dans le groupe, ni d'analyses corrélationnelles ou régressionnelles entre la dépression et les dimensions de la PT. Une étude alliant comparaison de groupes et analyses corrélationnelles et régressionnelles auprès d'une population d'individus diagnostiqués comme déprimés reste donc à réaliser.

## **4. Chapitre 2 : conclusion**

Au cours de ce chapitre, nous avons vu que la littérature théorique et empirique de la dépression suggère indirectement que les individus déprimés auraient un rapport altéré au temps, et souligne l'intérêt d'explorer le profil temporel d'individus déprimés en prenant en considération toutes les dimensions temporelles. De plus, les études mettent en évidence un lien entre les symptômes dépressifs et la perspective temporelle.

Ces éléments nous conduisent à nous intéresser à la perspective temporelle auprès de patients cliniquement déprimés, en comparaison d'individus non-déprimés, ainsi qu'au lien entre perspective temporelle et dépression au sein de ces deux populations (déprimés et non-déprimés).

Toutefois, il apparaît également nécessaire de s'interroger sur les perspectives cliniques qui pourraient être amenées par cette investigation. Notamment, nous pouvons nous interroger sur la place de la perspective temporelle dans la prise en charge de patients déprimés, une question qui sera soulevée lors du prochain chapitre.

## Chapitre 2 : synthèse

- Le rapport au temps était déjà indirectement abordé dans la théorie de la dépression de Beck (1996) : celui-ci explique en partie la dépression par un **ressassement des expériences passées négatives**, une tendance à **anticiper les événements négatifs futurs** et à percevoir les difficultés comme interminables dans le futur.
- En cohérence avec ces éléments, les études antérieures ont mis en évidence une tendance excessive au **pessimisme** (surestimation de la probabilité d'événements négatifs et sous-estimation de la probabilité d'événements positifs), et une difficulté à **générer des événements passés et futurs spécifiques** (qui sont rappelés de façon surgénéralisée). Par ailleurs, les ruminations, impliquant des **préoccupations répétitives envers le passé et le futur**, joueraient un rôle non négligeable dans le fonctionnement dépressif, et impacteraient notamment la capacité à envisager et mettre en place des objectifs futurs.
- Ces éléments suggèrent un **rapport au temps altéré dans les troubles dépressifs**, et mettent en évidence l'importance de **prendre en compte l'ensemble des dimensions temporelles simultanément**. Pourtant, la majorité des études vont s'intéresser uniquement à une seule dimension temporelle.
- Dans la littérature, la dépression est peu investiguée sous l'angle de la perspective temporelle, et la majorité des études s'intéressant au lien entre PT et dépression ont été réalisées auprès de population d'individus non diagnostiqués de troubles dépressifs. Dans l'ensemble, et malgré des résultats hétérogènes, **il apparaît que la perspective temporelle, et plus fortement le passé négatif et le présent fataliste, soient significativement corrélés aux scores de dépression**.
- Au vu de ces différents éléments, il apparaît nécessaire d'investiguer le profil temporel en prenant en compte les trois dimensions temporelles simultanément (passé, présent, futur), et cela **auprès de patients cliniquement déprimés**.
- L'hypothèse selon laquelle les patients déprimés auraient un profil temporel altéré nous amène également à nous interroger sur **la place de la perspective temporelle dans la prise en charge de ces patients**.

## CHAPITRE 3.

### Perspective temporelle et thérapies

Nous avons vu précédemment que les arguments théoriques et empiriques de la littérature suggèrent un lien entre la perspective temporelle et la symptomatologie dépressive, et mettent en évidence la pertinence de s'intéresser au concept de PT auprès d'individus cliniquement déprimés.

Cependant, et dans une perspective clinique plus appliquée, il est nécessaire de s'interroger également sur la pertinence du concept de perspective temporelle dans la prise en charge thérapeutique de patients déprimés, et notamment de se demander si le profil temporel de ces patients peut être amélioré en thérapie.

La perspective temporelle est fréquemment considérée comme une variable stable, dispositionnelle (Stolarski et al., 2015). Cependant, la *Time Perspective Therapy* (Sword et al., 2014 ; Zimbardo et al., 2012), qui se focalise sur la réduction de biais temporels, indiquerait que le profil temporel serait, dans une moindre mesure, modifiable.

Néanmoins, il s'agit d'une thérapie encore peu décrite et qui, pour des raisons qui seront développées lors de ce chapitre, n'apparaît pas comme la plus pertinente à évaluer dans ce travail. Par ailleurs, il existe aujourd'hui des thérapies, dont l'efficacité dans la prise en charge de la dépression est connue, et qui pourraient déjà travailler indirectement sur le rapport au temps. Nous nous focaliserons ainsi sur deux d'entre elles, la thérapie comportementale et cognitive (TCC) et la thérapie pleine conscience.

Ainsi, au cours de ce chapitre, nous décrirons dans un premier temps la thérapie focalisée sur la perspective temporelle, et en expliquerons les limites qui nous conduisent à ne pas l'intégrer dans ce travail de thèse. Puis, dans un second temps, nous nous pencherons sur deux types de thérapies couramment utilisées dans la dépression, la TCC et la pleine conscience, afin d'expliquer pourquoi ce type de thérapie pourrait être à même d'améliorer le profil temporel.

# 1. Présentation et limites de la thérapie focalisée sur la perspective temporelle

La thérapie de la perspective temporelle (*Time perspective therapy*, TPT) a été développée et présentée par Zimbardo, Sword et Sword (2012) et initialement conçue pour les troubles de stress post-traumatique, auprès de vétérans diagnostiqués de PTSD. Le développement de cette thérapie s'appuie sur le fait que certains individus vont développer des biais temporels, et la TPT a ainsi pour objectif d'aider le patient à développer un profil temporel plus équilibré, plus flexible et plus fonctionnel. Nous rappelons que le profil temporel idéal consisterait en un haut *passé positif*, un niveau modéré de *présent hédoniste* et d'orientation vers le *futur*, et un niveau faible de *passé négatif* et de *présent fataliste*.

La TPT consiste en plusieurs étapes :

- 1 – Déterminer le profil temporel du patient (par l'administration du ZTPI)
  - 2 – Accompagner le patient dans une prise de conscience de son profil temporel, et déterminer avec lui ses biais temporels concernant le passé, le présent et le futur.
  - 3 – Accompagner le patient dans le développement du *passé positif*, augmenter ses capacités à profiter du moment présent et à anticiper positivement le futur.
- (Sword et al., 2013)

La TPT reste relativement peu documentée. Sur le site internet [www.timecure.com](http://www.timecure.com), Zimbardo et ses collaborateurs proposent un guide pour thérapeute intitulé « *overcoming PTSD with the new psychology of time perspective therapy* » (surmonter le stress post-traumatique avec la nouvelle psychologie de la thérapie de perspective temporelle) (Zimbardo, Sword & Sword, 2012). Le guide propose notamment une brève description de six séances de thérapie.

Après une présentation de la perspective temporelle et de la thérapie, ainsi que la passation du ZTPI et de questionnaires destinés à évaluer la sévérité du stress post-traumatique, le patient et le thérapeute déterminent ensemble le profil temporel et les biais temporels du patient. Puis, le patient est encouragé à remplacer les expériences négatives du passé par des expériences positives ; notamment par le rappel régulier de souvenirs positifs, tout au long de la journée. Il est expliqué que le rappel de souvenirs positifs mène à terme à une vision positive du passé, transférée sur le présent puis sur le futur (permettant au patient de développer des espoirs et des attentes positives pour le futur).

Le patient est ensuite encouragé à développer des comportements prosociaux et à s'engager dans des activités plaisantes, notamment des activités qu'il aimait faire avant le trauma. L'objectif thérapeutique est alors d'augmenter le *présent hédoniste* du patient. Enfin, le patient est accompagné dans la planification d'objectifs courts, moyens et longs termes. Cette planification s'effectue de façon croissante, en planifiant d'abord pour le lendemain, puis pour la semaine suivante, et ainsi de suite. Le patient est également encouragé à mettre les choses par écrit. A chaque séance, un point est fait sur les progrès du patient. Des techniques de respiration sont également mentionnées dans le guide.

Peu de données existent quant à l'efficacité de cette thérapie. En 2009, une étude pilote d'un an a évalué l'efficacité de la TPT auprès de 29 vétérans (âge moyen = 62.44 ans) diagnostiqués de stress post-traumatique sévère. Les comparaisons des scores avant et après thérapie mettent en évidence une réduction des symptômes anxieux et dépressifs, ainsi que des symptômes de stress post-traumatique. Le profil temporel tend également à s'améliorer, avec une diminution du *passé négatif* et du *présent fataliste*, et une augmentation du *passé positif* et de l'orientation vers le *futur* (Sword, Sword & Brunskill, 2014).

La TPT est un outil thérapeutique intéressant, et les rares données existantes quant à son efficacité encouragent à poursuivre l'élaboration de la thérapie et l'évaluation de son efficacité sur des échantillons plus larges et des populations plus variées.

Cependant, plusieurs arguments nous conduisent à ne pas à orienter ce travail de thèse sur l'évaluation de la TPT :

- 1) D'une part, la TPT est peu documentée et malgré l'existence d'un guide pour thérapeute, le déroulement de la thérapie reste peu détaillé. Les descriptions existantes sont majoritairement générales, et il est difficile d'avoir une représentation concrète du déroulement des séances et des outils utilisés.
- 2) D'autre part, la TPT a été conçue initialement dans le cadre du stress post-traumatique, et aucune adaptation connue ne permet son utilisation auprès d'autres types de patients, et notamment auprès de patients dépressifs. De plus, nous pourrions douter de l'efficacité de certaines techniques thérapeutiques proposées si elles étaient appliquées à des patients dépressifs : le patient est encouragé à rappeler des souvenirs positifs, mais la littérature a mis en évidence que le rappel de souvenirs positifs chez les individus déprimés n'était pas efficace et pouvait au contraire augmenter l'humeur dépressive (Bluck et al., 2005 ; Joorman & Siemer, 2004 ; Joorman et al., 2007 ; Feldman et al., 2008). Aussi, les patients

sont encouragés à adopter des comportements prosociaux et à s'engager dans des activités plaisantes, mais nous savons que l'anhédonie et l'apathie chez les patients déprimés rendent difficiles la prise de plaisir dans ce type d'activités.

- 3) Par ailleurs, nous pouvons constater un manque important de support théorique afin de justifier les techniques thérapeutiques utilisées dans la TPT. En effet, les descriptions existantes de la thérapie ne comportent aucune explication, empirique ou appuyée sur des modèles théoriques, permettant d'expliquer pourquoi l'utilisation de telles stratégies thérapeutique permettrait une amélioration du profil temporel. Par exemple, l'idée selon laquelle le rappel de souvenirs positifs permettrait de remplacer les souvenirs négatifs et ainsi d'améliorer la vision du passé pour se généraliser au présent puis au futur est intéressante, mais reste spéculative.
- 4) De plus, la TPT est aujourd'hui très peu utilisée, restreignant considérablement le nombre de thérapeutes la pratiquant ; et particulièrement en France. Il est ainsi peu réaliste d'imaginer la TPT accessible en France aux patients déprimés au cours des prochaines années. Ainsi, s'intéresser au rôle de la perspective temporelle dans les thérapies déjà couramment utilisées pour traiter la dépression permettrait des applications cliniques plus réalistes.
- 5) Enfin, la TPT est focalisée sur le rapport au temps. Cependant, bien que la perspective temporelle pourrait être impliquée dans des troubles psychopathologiques, de nombreuses autres variables psychologiques entre en jeu et nécessitent d'être prises en compte dans la prise en charge thérapeutique. Par exemple, comme nous l'avons vu, l'anhédonie et l'apathie dans la dépression jouent un rôle crucial et nécessitent d'être prises en compte et travaillées thérapeutiquement. Une prise en charge focalisée sur le rapport au temps, et notamment auprès de patients dépressifs, risquerait ainsi d'avoir une efficacité moindre, compte tenu du fait qu'elle n'aurait pas pour objectif thérapeutique de travailler sur des mécanismes pourtant centraux dans le trouble. En ce sens, la TPT n'apparaît pas, dans sa conception actuelle, pouvoir constituer une prise en charge assez globale du trouble dépressif.

Il existe des thérapies déjà couramment utilisées dans la prise en charge de la dépression, dont l'efficacité a été largement étudiée dans la littérature, supportées par des modèles théoriques solides, et qui s'attachent à travailler sur les principaux processus impliqués dans le fonctionnement dépressif. C'est le cas des thérapies comportementales et cognitives et de la thérapie de type pleine conscience.

Le rapport au temps n'apparaît pas en tant que tel dans les objectifs thérapeutiques de ces thérapies. Cependant, si nous nous penchons sur les mécanismes thérapeutiques impliqués dans ces thérapies, nous pouvons imaginer qu'elles seraient à même d'améliorer indirectement le profil temporel ; pour des raisons que nous développerons ultérieurement dans ce chapitre.

## **2. Le rapport au temps en thérapie pour la dépression : l'exemple des TCC**

### **2.1. Les bases des TCC**

Ce travail de thèse n'a pas pour objectif de proposer une description exhaustive des thérapies comportementales et cognitives. Cependant, une présentation synthétique des bases essentielles des TCC apparaît nécessaire.

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) figurent parmi les approches thérapeutiques les plus fréquemment utilisées dans la prise en charge des troubles psychologiques (Mirabel-Sarron & Vera, 2014). Les travaux précurseurs des TCC peuvent se découper en deux vagues :

- La première vague, dite « *comportementale* », reposant sur les théories du conditionnement et de l'apprentissage.
- La deuxième vague, dite « *cognitive* », reposant sur le cognitivisme et les théories du traitement de l'information.

Enfin, une troisième vague, communément appelée « *l'approche émotionnelle* », a fait son apparition et est de plus en plus utilisées par les praticiens.

### ***Première vague : l'approche comportementale***

L'approche comportementale naît du behaviorisme, un courant psychologique qui prend d'abord sa source chez l'animal, avec les travaux de Pavlov (1927). Celui-ci est notamment connu pour avoir décrit la « *réaction conditionnelle* » chez le chien : en associant l'émission d'un son à la présence de nourriture (déclenchant initialement la salivation) et en répétant le protocole, une réponse conditionnelle de salivation apparaît alors par simple émission du son, sans la présence de nourriture. Ce schéma pose les bases à l'idée que les comportements peuvent être appris par association de stimuli, et cette loi d'apprentissage sera nommé « *conditionnement de type I* » ou « *conditionnement classique* » (Mirabel-Sarron & Vera, 2014).

En 1920, Watson et Rayner démontrent expérimentalement que ce type d'association peut déboucher sur des troubles psychologiques par apprentissage : en associant la présence du rat et d'un son désagréable, il crée une phobie du rat chez l'enfant.

En 1953, Skinner énonce une deuxième loi d'apprentissage, dite « *conditionnement de type II* » ou « *conditionnement opérant* ». Skinner fait alors intervenir des renforcements qui vont augmenter ou diminuer la probabilité d'émission d'un comportement. Entre alors en jeu le rôle des conséquences des actions, qui vont intervenir dans la probabilité d'émettre de nouveau ce comportement.

Enfin, en 1980, Bandura énonce des lois d'apprentissage social, par observation ou imitation des pairs. Selon lui, l'observation d'autres individus confrontés aux mêmes choses va jouer un rôle crucial dans l'apprentissage comportemental.

### ***Deuxième vague : l'approche cognitive***

Vers les années 1960, les premiers cognitivistes émergent. Ellis (1958, 1962) puis Beck (1970) figurent parmi les premiers à s'intéresser aux variables intermédiaires entre le stimulus et la réponse comportementale, à s'intéresser à ce qui est inobservable : les pensées, ou les cognitions.

Selon eux, un individu va traiter les informations de l'environnement au travers de filtres : les informations vont faire l'objet de processus cognitifs, ce qui va aboutir à des cognitions (des idées, des pensées, des croyances). Ces cognitions vont directement jouer sur les réponses comportementales.

Ainsi, selon eux, un dysfonctionnement des processus cognitifs va aboutir à des cognitions dysfonctionnelles et participer aux troubles psychologiques. De ces théories cognitives découlent des techniques thérapeutiques telles que la restructuration cognitive, qui a

pour objectif de parvenir à une modification de l'activité cognitive (Mirabel-Sarron & Vera, 2014).

### ***Troisième vague : l'approche émotionnelle***

La troisième vague s'est définie sous l'impulsion d'Hayes (2004, 2006) qui souligne l'importance de la composante émotionnelle dans les phénomènes psychologiques et la survenue des troubles psychopathologiques.

Les approches de la troisième vague sont fréquemment regroupées sous l'appellation « *approches basées sur l'acceptation et la pleine conscience* ». Ces thérapies se centrent non plus sur la tentative de modifier les contenus cognitifs, mais sur l'observation et l'acceptation des pensées et émotions, et prônent une attitude de non jugement et d'ouverture. Parmi elles, nous pouvons nommer la thérapie de pleine conscience (Jon Kabat-Zinn, 1990), issue de la tradition bouddhiste et de la méditation, ainsi que la thérapie d'acceptation et d'engagement (Mirabel-Sarron & Vera, 2014).

## **2.2. TCC et dépression**

De nombreuses études ont mis en évidence l'efficacité des thérapies comportementales et cognitives dans le traitement de la dépression (Wiles et al., 2013 ; Richards & Suckling, 2009 ; Dimidjian et al., 2006 ; DeRubeis et al. 2005 ; DeRubeis et al., 1999). La TCC est en effet une des thérapies les plus utilisées et recommandées auprès de patients déprimés, et selon certains auteurs il s'agirait de la thérapie la plus efficace dans le traitement de la dépression (Waslick et al., 2003), un argument qui est supporté par la littérature empirique (TADS, 2004 ; Kaufman et al., 2005).

Les études mettent notamment en évidence que la TCC est plus efficace en comparaison des conditions contrôles (ex. liste d'attente) (Beltman, Oude Voshaar, & Speckens, 2010 ; van Straten et al., 2010) et de certaines autres thérapies (Di Giulio, 2010 ; Tolin, 2010 ; Jorm, Morgan & Hetrick, 2008) comme la relaxation (Jorm et al., 2008) et la thérapie psychodynamique jusqu'à six mois après la fin de la thérapie (Tolin, 2010). En comparaison des approches pharmaceutiques, la TCC aurait une efficacité similaire sur les symptômes dépressifs chroniques (Vos et al., 2004), et la littérature suggère que la combinaison entre TCC et traitement médicamenteux serait à privilégier (Chan, 2006). Selon certaines études, le taux de rechute après TCC est également plus faible en comparaison d'un traitement médicamenteux (Dobson et al., 2008 ; Hollon et al., 2005).

La thérapie comportementale et cognitive est principalement issue de l'approche cognitive de Beck dans le traitement de la dépression adulte (Weersing & Brent, 2006). Selon Beck (1970) et Ellis (1962), la souffrance dépressive est maintenue par des facteurs cognitifs que sont les distorsions cognitives et les schémas cognitifs à propos de soi, du monde et du futur, qui sont réactivés dans certaines situations et événements stressants. En conséquence, des pensées négatives automatiques et des comportements inadaptés émergent.

Ainsi, le modèle thérapeutique de la dépression en TCC va consister en des stratégies de changement et/ou de réduction des cognitions dysfonctionnelles qui contribuent à la détresse émotionnelle et aux comportements problématiques (Kaufman et al., 2015). De nombreux protocoles spécifiques ont été développés et permettent de travailler sur différents facteurs cognitifs et comportementaux impliqués dans les troubles dépressifs.

L'objectif des TCC dans la dépression, en adéquation avec le modèle médical, se focalise sur la réduction des symptômes, l'amélioration du fonctionnement, la rémission et la prévention de la rechute. A cette fin, le patient est encouragé à être un participant actif et collaboratif de la thérapie. La majorité des stratégies thérapeutiques utilisées s'intéressent principalement aux facteurs cognitifs (résolution de problème, restructuration cognitive, psychoéducation), mais les facteurs physiologiques (relaxation), émotionnels (observation de l'humeur, régulation émotionnelle) et comportementaux (activation comportementale) sont également pris en considération et reconnus comme participant au maintien du trouble (Melvin, et al., 2006 ; Clarke, et al., 2005 ; Kaufman, et al., 2005 ; Kerfoot et al., 2004 ; TADS, 2004).

### **2.3. TCC et rapport au temps**

Le rapport au temps n'est pas une composante essentielle des TCC, et ne figure pas en tant que tel parmi les objectifs thérapeutiques. Pour cause, le rapport au temps y est rarement, si ce n'est jamais, mentionné.

Cependant, si nous nous penchons sur le fonctionnement des TCC ainsi que sur les outils thérapeutiques fréquemment proposés aux patients, et notamment aux patients dépressifs, il apparaît que le rapport au temps pourrait être indirectement impacté au cours de la thérapie.

Les techniques thérapeutiques en TCC sont nombreuses. Nous nous intéresserons ici aux techniques thérapeutiques fréquemment utilisées auprès de patients dépressifs, et qui seraient à même de jouer sur le rapport au temps d'un individu.

Pour chaque technique thérapeutique, nous procéderons de la façon suivante :

- 1) Description de la technique
- 2) Arguments permettant d'imaginer comment cette technique pourrait impacter le profil temporel.

- **L'activation comportementale (ou la planification d'activités)** (Mirabel-Sarron & Docteur, 2013)

Les patients dépressifs ont des difficultés à trouver du plaisir et de l'intérêt à faire les choses, y compris les activités qu'ils appréciaient autrefois. De plus, ils sont souvent apathiques et amotivationnels, ils ont des difficultés à se projeter dans le futur, vont tout anticiper sous un spectre négatif et ont des croyances fatalistes du type « *je n'y arriverai jamais* », « *ça ne sert à rien* ».

Autant d'éléments que nous avons précédemment recoupé avec la perspective temporelle, notamment l'orientation vers le *futur* (capacité à planifier et à s'orienter vers des buts) et le *présent fataliste* (attitude de résignation avec la croyance de ne pas pouvoir agir sur les situations). Le manque d'orientation vers le futur et un fort *présent fataliste* pourraient ainsi constituer un profil temporel qui contribuerait à la difficulté de se mettre en action dans la dépression (« *à quoi bon ?* »).

L'activation comportementale va consister à planifier, en collaboration avec le thérapeute, des activités à effectuer. Cette planification d'activité va aller dans le sens d'une difficulté croissante en termes de fréquence et de durée de l'activité mais aussi de nombre d'activités. Dans un premier temps, le patient va définir un objectif minimal (exemple : aller chercher son courrier). Chaque activité planifiée doit être concrète et réalisable, afin de ne pas engendrer de découragement et de sensation d'échec qui viendrait confirmer les croyances négatives du patient. Après la réalisation d'un objectif, il peut être proposé au patient de noter le sentiment d'accomplissement et le plaisir ressenti.

Il est également possible de définir des sous-étapes à une activité, à la réalisation d'un objectif fixé, afin de faire travailler les capacités de planification mais également de parer aux blocages et inhibitions éventuelles (« *c'est trop long, je n'y arriverai pas* »). De cette manière, les objectifs séquencés en plusieurs étapes paraissent plus atteignables, et le sentiment d'accomplissement peut intervenir à chaque sous-étape. L'idée est de passer à l'étape suivante uniquement lorsque l'étape précédente a été accomplie et maîtrisée.

*Exemple 1* : Marie-Pierre propose l'objectif de postuler à un emploi. En accord avec le thérapeute, les sous-étapes suivantes sont décidées : définir le type d'emploi à rechercher, rechercher une offre d'emploi correspondante, écrire une lettre de motivation, refaire son CV, envoyer le mail de candidature.

*Exemple 2* : Charles souhaiterait faire une demi-heure de sport tous les deux jours. Actuellement, il n'a aucune activité sportive et l'objectif qu'il propose semble trop élevé ; Charles risque de ne pas réussir à maintenir son objectif et de vivre une expérience d'échec. Le découpage peut alors être le suivant : faire quinze minutes de sport une fois par semaine, puis une fois que Charles est confortable avec cette réalisation, vingt minutes une fois par semaine, puis ajouter quinze minutes un autre jour, etc.

#### Quel impact sur le profil temporel ?

Dans un premier temps, l'activation comportementale permet de faire travailler les capacités de planification du patient, ce qui intervient directement dans la dimension *orientation vers le futur* de la perspective temporelle.

Dans un second temps, cette planification puis réalisation d'objectif confronte directement le patient à ces croyances fatalistes et négatives du type « *je ne vais pas y arriver* » (*présent fataliste*).

Enfin, la réalisation d'activités peut permettre au patient de réaliser qu'il peut encore prendre plaisir à faire des choses. Le plaisir à faire des activités, et la croyance anticipatrice de pouvoir prendre plaisir aux choses, pourrait permettre au patient d'augmenter sa capacité à profiter du moment présent (être dans *l'action*, versus dans la *rumination*) (*présent hédoniste*).

- **La résolution de problème**

Les troubles dépressifs peuvent s'accompagner d'une difficulté à résoudre les problèmes, à prendre des décisions ainsi qu'à se sentir capable de faire face aux situations problématiques. La résolution de problème vise à améliorer cette compétence et comporte classiquement six étapes.

1. Définir et préciser le problème à résoudre.
2. Rechercher toutes les solutions possibles.
3. S'entraîner et répéter par écrit la démarche.
4. Reprendre les solutions proposées et examiner leurs avantages et inconvénients, et évaluer l'éventualité de leur mise en application ainsi que leurs conséquences possibles.
5. Hiérarchiser les solutions.
6. Mettre en œuvre la solution la plus confortable.
7. Evaluer les résultats, et si les résultats sont peu pertinents, mettre en œuvre une deuxième solution.

(Mirabel-Sarron & Docteur, 2013).

#### Quel impact sur le profil temporel ?

A nouveau, la résolution de problème pourrait impacter directement les capacités de planification et les capacités à se projeter –à court et moyen-terme- dans le futur et dans la réalisation d'objectifs à venir (les objectifs prenant ici la forme de problèmes à résoudre).

La résolution de problème peut également confronter directement le patient à ses croyances fatalistes du type « *je n'y arriverai jamais* » et « *ça ne sert à rien, je ne peux rien faire* ». En effet, le patient fait par lui-même l'expérience qu'il peut agir sur les situations, qu'il a des ressources pour faire face et résoudre les difficultés.

En répétant cette technique thérapeutique, le patient acquiert par ailleurs des expériences de réussite sur lesquelles il pourra s'appuyer, ce qui pourrait contrecarrer les pensées de résignation et de fatalisme, et les croyances absolues et négatives sur le passé et le futur (« *je n'ai jamais rien réussi, je suis nul, je ne réussirai jamais rien* »).

#### • **Le travail sur les distorsions cognitives**

Comme nous l'avons vu précédemment, la dépression s'accompagne d'un ensemble de processus cognitifs qui aboutissent à des pensées automatiques négatives (Mirabel-Sarron & Docteur, 2013 ; Beck, 1976). Nous avons souligné les associations qui pouvaient être faites entre certains processus cognitifs et le profil temporel. De nombreux processus cognitifs ont été identifiés dans les troubles dépressifs ; ci-dessous, un tableau synthétique des associations pouvant être faites entre certains processus cognitifs présents dans la dépression, et des éléments du profil temporel (voir **tableau 3**).

**Tableau 3.** Points communs entre les processus cognitifs impliqués dans la dépression et le profil temporel

PROCESSUS COGNITIF	PROFIL TEMPOREL
<p><b>La surgénéralisation</b> : conclusion évidente tirée à partir d'une seule expérience (« <i>je n'ai jamais réussi, je n'ai jamais été aimé</i> », « <i>donc je ne réussirai jamais, personne ne m'aimera jamais</i> »).</p> <p><b>La pensée catastrophiste</b> : exemple extrême de généralisation, avec amplification de l'impact négatif</p>	<p>Vision négative et absolue du passé (et de soi, en s'attribuant la responsabilité des échecs), anticipation négative du futur et fatalisme</p>
<p><b>Prédiction négative</b> : utilisation du pessimisme pour prédire prématurément l'échec dans une nouvelle situation</p>	<p>Anticipation négative du futur et fatalisme</p>
<p><b>Abstraction sélective</b> : les événements négatifs sont davantage rappelés que les événements neutres ou positifs</p>	<p>Vision négative et absolue du passé, et du présent (tout a toujours été négatif, rien ne va...)</p>
<p><b>Raisonnement dichotomique</b> : penser en des termes extrêmes, de façon manichéiste (raisonnement en « <i>tout ou rien</i> »)</p>	

Les TCC vont s'attacher à amener le patient à identifier dans un premier temps, puis à remettre en question dans un second temps, ses distorsions cognitives et les processus cognitifs qui les sous-tendent. Ce travail, dit de restructuration cognitive, va consister en plusieurs étapes :

1 – **Auto-observation des pensées négatives** : le patient est encouragé à prêter attention à ses pensées automatiques négatives, afin d'apprendre à les repérer et les identifier. Par exemple, le thérapeute va lui proposer de noter les situations, l'émotion et les pensées associées, ainsi que le comportement qui a suivi.

2 – **Identification des processus cognitifs** : le patient doit identifier le processus cognitif qui sous-tend sa pensée négative.

3 – **Recherche de pensées alternatives** : une cinquième colonne est ajoutée, et le patient doit générer plusieurs pensées alternatives et rationnelles dans la même situation. Cela permet au patient de prendre de la distance par rapport à sa pensée négative initiale.

La prise de distance par rapport aux pensées négatives peut également être travaillée par l'examen de l'évidence : le patient doit rechercher des arguments pour et des arguments contre sa pensée négative. L'objectif est d'amener le patient à une démarche logique et argumentative, et d'avoir une vue d'ensemble, plus objective, de la situation.

Ces techniques thérapeutiques permettent une décentration vis-à-vis des pensées négatives.

#### Quel impact sur le profil temporel ?

En travaillant sur les processus cognitifs impliqués dans la dépression, les TCC pourraient impacter les biais temporels négatifs que nous avons relevés plus haut : par exemple, si le patient prend de la distance par rapport à son processus cognitif de surgénéralisation, cela pourrait amener à terme une réduction de la vision négative du passé (« *j'ai toujours échoué* ») et du fatalisme (« *je n'y arriverai jamais* »).

#### • **La prescription de tâche**

La prescription de tâche en TCC tient davantage du cadre que de la technique thérapeutique. En fin de séance, thérapeute et patient se mettent d'accord sur des exercices à répliquer « *à la maison* », entre les séances. Ces exercices ont plusieurs objectifs : s'entraîner à utiliser l'outil thérapeutique vu en séance, transférer les compétences acquises hors du cadre de la thérapie, maintenir les acquis et promouvoir l'autonomie du patient (qui est d'ailleurs encouragé à poursuivre les exercices après la fin de la thérapie) (Mirabel-Sarron & Vera, 2014 ; Mirabel-Sarron & Docteur, 2013).

Il est fréquent que le patient utilise un « *cahier de thérapie* », c'est-à-dire un support papier (ou électronique) afin de prendre des notes sur le travail effectué (en séance et hors des séances) (Mirabel-Sarron & Vera, 2014 ; Mirabel-Sarron & Docteur, 2013).

Quel impact sur le profil temporel ?

A nouveau, la prescription de tâche touche aux capacités de planification, et peut aisément être mise en lien avec la capacité à planifier et réaliser des objectifs court-termes (orientation vers le *futur*), dans un cadre sécurisant. Le fait de devoir revenir sur les tâches réalisées met le patient dans une position où il lui est nécessaire d'anticiper à l'avance la réalisation de ces tâches.

Par ailleurs, la prescription et réalisation de tâches à domicile pourrait également permettre au patient d'avoir des expériences de réussite et d'accomplissement qui agiraient positivement sur son sentiment d'efficacité et d'autonomie. Ainsi, cela pourrait agir sur ses croyances fatalistes (« *je n'y arriverai jamais* »), mais également sur sa vision négative et absolue du passé (« *je n'ai jamais rien réussi* ») en lui permettant d'accumuler des souvenirs d'expériences antérieures de réussite sur lesquelles s'appuyer.

## 3. Le rapport au temps en thérapie pour la dépression : l'exemple de la pleine conscience

### 3.1. Les bases de la pleine conscience

La pleine conscience renvoie à la fois à une capacité (Brown & Ryan, 2003) et à un courant psychothérapeutique qui vise à améliorer les capacités de pleine conscience des patients (Baer, 2003).

La pleine conscience prend racine dans les traditions bouddhistes datant de plus de 2500 ans. Au cours du siècle dernier, un regain d'intérêt pour la pleine conscience a conduit à son application progressive dans des contextes de prise en charge thérapeutique. Nous observons notamment l'arrivée de deux programmes thérapeutiques, développés par Jon Kabat-Zinn (1990, 2005, 2006) à l'Université du Massachusetts ainsi que par Segal, William et Teasdale (2006, 2009) : MBSR (*Mindfulness-based stress reduction therapy*) puis MBCT (*Mindfulness-based cognitive therapy*), qui est une adaptation du programme MBSR.

La pleine conscience est un phénomène aux multiples composantes et définitions, malgré des efforts pour aboutir à une définition opérationnelle qui ferait consensus. Dans le programme MBCT, la pleine conscience est définie aux participants comme l'orientation volontaire de l'attention sur le moment présent, sans porter de jugement (Kabat-Zinn, 1990).

Selon Shapiro et al. (2006), la pratique de la pleine conscience consiste en trois éléments fondamentaux, trois processus centraux :

- 1) **L'attention et les capacités de régulation attentionnelle**, c'est-à-dire la capacité à se focaliser sur un stimulus en particulier pendant un certain temps, et à pouvoir réorienter son attention sur un autre stimulus.
- 2) **L'attitude**, qui correspond à une attitude d'ouverture et d'acceptation sans jugement des pensées, émotions, sensations, qui viennent dans le champ de l'attention.
- 3) **L'intention**, qui correspond à la raison pour laquelle les individus décident de s'engager dans un travail de pleine conscience et le degré d'engagement et d'investissement dans cette pratique.

Nous nous focaliserons plus spécifiquement sur la **thérapie cognitive basée sur la pleine conscience** ou *Mindfulness-based cognitive therapy* (MBCT).

Il s'agit d'une intervention conçue à l'origine pour prévenir la rechute de patients souffrant de dépression récurrente, bien que cette intervention soit aujourd'hui utilisée auprès

de populations psychiatriques plus larges. La MBCT allie des éléments de thérapie comportementale et cognitive classique avec des éléments de la réduction de stress basée sur la pleine conscience.

La MBCT est classiquement composée de 8 séances de deux heures, à raison d'une séance par semaine. Bien que la thérapie MBCT comporte des éléments de thérapie cognitive, elle se distingue clairement de cette dernière : en effet, MBCT met l'accent sur la prise de conscience des émotions et des pensées, sans chercher à en modifier le contenu. La thérapie MBCT encourage ainsi le patient à observer le processus de pensée, et à considérer les pensées pour ce qu'elles sont : des pensées, qui ne sont pas le reflet de la réalité.

### **3.2. Pleine conscience et dépression**

En 2000 (Teasdale et al., 2000) puis 2004 (Ma & Teasdale, 2004), les créateurs du protocole MBCT ont publié deux études dont les résultats mettent en évidence une diminution significative du taux de rechute dépressive. L'efficacité du protocole MBCT sur la rechute dépressive fut également confirmé par des chercheurs en Belgique (Godfrin & van Heeringen, 2010) et en Suisse (Bondolfi et al., 2010). La MBCT permettrait par ailleurs une réduction de la rechute dépressive équivalente à celle des antidépresseurs, avec de moindres symptômes dépressifs résiduels (Kuyken et al., 2008).

Plusieurs études se sont également penchées sur l'efficacité de la MBCT pour les patients présentant une dépression actuelle. Les résultats de la première étude pilote (Finucane & Mercer, 2006) mettent en évidence une amélioration significative des scores du BDI trois mois après l'issue de la thérapie. Le protocole MBCT aboutirait également à une amélioration des scores de dépression et de rumination auprès de patients expérimentant des symptômes résiduels entre deux épisodes dépressifs (Kingston et al., 2007).

L'efficacité de la MBCT sur les scores au BDI serait par ailleurs comparable à celle des TCC auprès de patients actuellement déprimés, et notamment lorsque ces derniers n'ont pas eu plus de trois épisodes dépressifs au cours de leur vie.

La prévention de la rechute dépressive repose principalement sur l'association entre l'humeur dépressive et la rumination, qui constituerait une vulnérabilité au fait d'expérimenter de nouveaux épisodes dépressifs (Teasdale et al., 2000). La MBCT permettrait ainsi de travailler sur les ruminations en encourageant les patients à être plus attentifs et conscients de leurs pensées négatives, ainsi qu'à se décentrer de celles-ci.

Le processus de rumination, et particulièrement le fait de ruminer à propos des expériences négatives du passé, serait un facteur de vulnérabilité pour les troubles dépressifs (Nolen-Hoeksema, 2000) ainsi que pour l'anxiété (caractérisée par des pensées catastrophistes tournées davantage vers le futur). Lorsqu'un individu expérimente des ruminations négatives à propos du passé ou du futur, ces pensées vont exiger son attention car sont traités comme des stimuli menaçants qui s'accompagnent d'une activation de l'amygdale (Bishop, 2008 ; Mayberg, 2003).

La MBCT encourage les patients à développer des capacités métacognitives afin de prendre du recul sur les pensées ruminatives. Les patients sont encouragés à développer une attitude d'acceptation et à orienter leur attention sur le moment présent, ainsi qu'à adopter une attitude « *expérientielle* », c'est-à-dire basée sur le vécu de l'expérience du moment présent plutôt que sur l'analyse des situations du passé et du futur (qui correspond davantage à un mode « *narratif* », impliquant la mémoire et la construction de l'identité au fil du temps) (Fox & Greicius, 2010 ; Farb et al., 2007).

En apprenant au patient à adopter une attitude de non jugement, d'acceptation et d'attention sur le moment présent, la MBCT permet d'interrompre le cycle des ruminations et encourage l'autocompassion (Kuyken et al., 2010).

Lorsque l'on active une émotion de tristesse, une étude a également montré que les symptômes dépressifs étaient moindres chez les individus ayant eu un entraînement MBCT (pour des niveaux de tristesse équivalents dans les deux groupes) (Farb et al., 2010). En effet, la MBCT encourage à accepter sans jugement toutes les émotions, y compris les émotions négatives comme la tristesse.

Un autre mécanisme essentiel de l'action de la MBCT est le développement de la capacité à déployer son attention. En effet, la symptomatologie dépressive (et anxieuse) consiste notamment en un déploiement excessif de l'attention sur les problèmes à résoudre, les pensées et émotions négatives, au détriment d'autres activités (Hayes et al., 2006).

Le développement des capacités attentionnelles et métacognitives permet de se distancer des distorsions cognitives perçues comme menaçantes, et permet ainsi une demande moindre des ressources cognitives (Goldin & Gross, 2010). Par ailleurs, la MBCT va non seulement améliorer les capacités attentionnelles mais aussi la régulation des affects, permettant dans l'ensemble une meilleure gestion des pensées négatives et intrusives (Jha et al., 2010).

### 3.3. Pleine conscience et rapport au temps

Les exercices de pleine conscience impliquent un entraînement de l'attention et de la prise de conscience par rapport à l'expérience présente (de « *l'ici et maintenant* ») ; qu'il s'agisse des sensations corporelles, des émotions, des pensées (Kabat-Zinn, 1990).

Ainsi, les capacités de pleine conscience pourraient permettre d'être davantage orienté vers le présent. Par ailleurs, le fait d'adopter une attitude d'acceptation pourrait permettre une prise de distance vis-à-vis des pensées et émotions négatives liées au passé et au futur.

En effet, comme nous l'avons plus précédemment, les exercices de pleine conscience permettraient aux participants de réduire les ruminations, et notamment les ruminations sur le passé et le futur, prégnantes dans les troubles dépressifs.

Il apparaît donc tout à fait envisageable, d'un point de vue théorique, qu'un protocole de type MBCT soit à même, à terme, de modifier le profil temporel de patients dépressifs : réduction des pensées négatives vis-à-vis du passé et du futur, amélioration de la capacité à profiter du moment présent.

Mais qu'en est-il des données de la littérature sur le lien entre perspective temporelle et pleine conscience ?

Zimbardo et Boyd (2008) proposent l'hypothèse que la pleine conscience pourrait être considérée comme une forme de perspective temporelle ; une perspective temporelle holistique et idéalement adaptative. C'est ce qu'ils appellent « *le présent holistique* », et qui correspondrait selon eux à un état d'esprit où le passé, le présent et le futur sont étroitement liés.

En effet, selon Zimbardo et Boyd (2008), la pleine conscience impliquerait l'orientation vers le présent, mais également une attitude ouverte d'acceptation vis-à-vis du passé et du futur. La capacité de réguler son attention et de l'orienter vers le présent permettrait également d'être plus attentif aux pensées vis-à-vis du passé et du futur. C'est pourquoi, selon certains auteurs, la pratique de la pleine conscience permettrait un profil temporel holistique et une conscience plus accrue de son propre profil temporel (Stolarski et al., 2015 ; Seema & Sircova, 2013 ; Zimbardo & Boyd, 2008).

Ainsi, les capacités de pleine conscience seraient conceptuellement similaires aux descriptions de la BTP (*Balanced Time Perspective*), c'est-à-dire un profil temporel équilibré (Ronnlund et al., 2019).

Plusieurs études ont notamment mis en évidence que les capacités de pleine conscience (mesurées par les scores à la MAAS), ainsi que les scores de bien-être, étaient plus élevés chez

les individus avec un profil BTP (c'est-à-dire un profil temporel équilibré) (Seema & Sircova, 2013 ; Drake et al., 2008).

Des études plus récentes (Ronnlund et al., 2019 ; Muro et al., 2017 ; Stolarski et al., 2016) ont décidé d'utiliser la DBTP (*Deviation from Balanced Time Perspective*), c'est-à-dire la distance des scores de l'individu par rapport aux scores idéaux de la BTP. Dans l'ensemble, les résultats mettent en évidence une corrélation négative entre la DBTP et les scores de pleine conscience (Muro et al., 2017). En d'autres termes, plus le profil temporel serait déséquilibré, moins les capacités de pleine conscience seraient bonnes.

De plus, les analyses de médiation suggèrent que l'impact de la pleine conscience sur la satisfaction de vie se ferait en partie indirectement par une réduction de la DBTP (c'est-à-dire par réduction de l'écart entre le profil temporel de l'individu et le profil temporel idéalement équilibré) (Stolarski et al., 2016). En d'autres termes, en améliorant l'équilibre du profil temporel, la pleine conscience permettrait une amélioration de la satisfaction de vie.

De plus, la BTP et la pleine conscience partagent une part significative de variance, ce qui permet de les envisager comme des construits associés. Cette covariance expliquerait d'ailleurs en partie la relation entre pleine conscience et bien-être (Ronnlund et al., 2019 ; Stolarski et al., 2016).

Enfin, lors d'une étude longitudinale, Ronnlund et al. (2019) mettent en évidence, après une intervention de pleine conscience, une réduction de la DBTP, avec une diminution des scores de *passé négatif* et une augmentation des scores de *passé positif*. Les auteurs encouragent par ailleurs la poursuite d'études évaluant l'impact de la pleine conscience sur le profil temporel, et notamment auprès d'un échantillon clinique.

Le développement d'un profil temporel équilibré nécessite une prise de conscience de son propre profil temporel, afin d'accroître sa flexibilité. Ainsi, plusieurs auteurs soulignent l'importance de développer des capacités métacognitives vis-à-vis des perceptions du passé, présent et futur (Ronnlund et al., 2019 ; Zimbardo & Boyd, 1999, 2008 ; Boniwell & Zimbardo, 2004).

La pleine conscience étant également synonyme de capacité de régulation attentionnelle, de flexibilité cognitive (Fledderus et al., 2010 ; Bishop et al., 2004), et de self-control (Leonard et al., 2013), son association avec le développement d'un profil temporel équilibré est cohérent.

Les données de la littérature mettent également en évidence que les scores de pleine conscience sont négativement associés au *passé négatif* et au *présent fataliste* (Ronnlund et al.,

2019 ; Stolarski et al., 2016 ; Seema & Sircova, 2013 ; Vowinkel, 2012 ; Drake et al., 2008). De plus, dans une moindre mesure, la pleine conscience est parfois associée positivement au *passé positif* et à l'orientation vers le *futur* (Seema & Sircova, 2013 ; Drake et al., 2008). Cependant, ces associations ne sont pas systématiquement retrouvées dans les études (Vowinkel, 2012 ; Drake et al., 2008).

Dans une étude plus récente, Muro et al. (2017) ont mis en évidence, auprès de 377 étudiants à l'université, que les scores de pleine conscience étaient associés positivement avec le *passé positif*, et négativement avec le *passé négatif*.

De plus, les scores de pleine conscience expliquent une part importante de la variance de la perspective temporelle ; ce qui suggère que les différences individuelles dans les attitudes vis-à-vis du passé, du futur et de notre expérience du présent seraient en partie fonction des capacités de pleine conscience (Siegel, 2009).

Les résultats de la littérature se posent en relative contradiction avec ce que pourraient être nos hypothèses plus intuitives : en effet, le focus de la pleine conscience sur le moment présent aurait pu nous conduire à imaginer que la pleine conscience serait associée positivement au *présent hédoniste* (c'est-à-dire à la capacité de profiter du moment présent), et négativement à l'orientation vers le *futur*. Mais à l'inverse, nous retrouvons une association positive entre pleine conscience et orientation vers le *futur*, ainsi qu'une association inexistante ou négative entre pleine conscience et *présent hédoniste* (Seema & Sircova, 2013 ; Drake et al., 2008).

En effet, le *présent hédoniste* correspondrait à une orientation limitée vers le présent, tournée vers la gratification immédiate et un manque de considération pour les conséquences futures. A l'inverse, la pleine conscience correspondrait davantage à une orientation plus holistique vers le présent, permettant à la fois une orientation vers le présent, et à la fois une conscience du futur et du passé.

C'est pourquoi la pleine conscience est parfois considérée comme un construit similaire mais aussi distinct de la perspective temporelle, et correspondrait avant tout à un profil temporel holistique et équilibré plutôt qu'à un focus restreint envers le présent (Seema & Sircova, 2013). En effet, selon Dreyfus (2011), la pleine conscience n'est pas nécessairement dirigée vers un stimulus du présent, mais également vers le passé et le futur.

En 2014, Wittmann et ses collaborateurs se sont attachés à examiner le lien entre la perspective temporelle et les différentes facettes de la pleine conscience, et ont mis en évidence que « *l'acceptation* » était associée négativement au *passé négatif*, et positivement au *passé*

*positif*. Le *passé négatif* est également associé négativement à « *la décentration* » et « *l'ouverture* ». Quant à la dimension *futur*, elle n'est pas associée au score global de pleine conscience, mais est cependant associée positivement avec « *la conscience* » et « *l'insight* ».

Ces éléments suggèrent que l'amélioration des capacités de pleine conscience pourrait permettre de réduire les biais temporels et permettre d'avoir un profil temporel plus équilibré ; cela notamment en amenant les individus à accepter et se désengager des aspects négatifs du passé et libérer des ressources cognitives à dédier au futur.

Enfin, si le *présent hédoniste* n'est d'ordinaire pas associé ou associée négativement à la pleine conscience dans les études (Seema & Sircova, 2013 ; Drake et al., 2008), Wittmann et al. (2014) mettent en évidence que cette dimension est positivement associée à la facette « *présence* » de la pleine conscience.

Ainsi, tous ces éléments permettent d'émettre l'hypothèse selon laquelle un protocole de pleine conscience de type MBCT pourrait permettre dans l'ensemble d'améliorer le profil temporel : l'amélioration des capacités de décentration vis-à-vis des pensées négatives pourraient à terme mener à une réduction du *passé négatif* et du *présent fataliste*, et le développement d'une attitude d'ouverture et de conscience pourraient à terme mener à une augmentation de l'orientation vers le *futur* et à un profil temporel plus équilibré (c'est-à-dire une augmentation de la BTP).

En effet, selon Stolarski et al. (2016), l'entraînement aux capacités de pleine conscience pourrait être un moyen pertinent d'augmenter la BTP, et d'améliorer le profil temporel. L'impact potentiel de la pleine conscience sur les biais temporels serait particulièrement intéressant à investiguer auprès de patients dépressifs ; cela compte tenu de leur rapport altéré au temps, et de l'efficacité avérée de la pleine conscience dans la rechute dépressive.

## **4. Chapitre 3 : conclusion**

Au cours de ce chapitre, nous avons soulevé l'intérêt d'explorer le concept de perspective temporelle dans la prise en charge thérapeutique de patients déprimés. Bien qu'une thérapie centrée sur les biais temporels ait émergé au cours des dernières années, les limites de celle-ci nous conduisent à privilégier l'investigation de la perspective temporelle auprès de thérapies déjà couramment utilisées et efficaces dans la prise en charge des troubles dépressifs : la TCC et la pleine conscience.

Comme nous l'avons développé, plusieurs arguments permettent en effet d'imaginer que ces deux types de thérapie pourraient permettre d'améliorer indirectement le profil temporel de patients déprimés. A ce jour, aucune étude à notre connaissance ne s'est intéressée à l'évolution de la perspective temporelle en TCC. Quant à l'évolution du profil temporel en pleine conscience, les études restent très rares et nécessitent encore d'être réalisées auprès d'échantillons cliniques, et notamment auprès de patients déprimés.

### Chapitre 3 : synthèse

- La perspective temporelle est **peu développée et peu étudiée en thérapie**.
- Il existe une **thérapie centrée sur les biais temporels**, peu utilisée et peu étudiée, qui peut paraître **restrictive** car ne permettant pas de travailler sur les autres aspects du trouble dépressif.
- Plusieurs thérapies, dont l'efficacité est documentée, semblent déjà travailler indirectement sur le rapport au temps.
- Notamment, **les TCC et la pleine conscience** figurent parmi les thérapies les plus recommandées et les plus efficaces auprès de patients déprimés.
- De par leur fonctionnement, les TCC et la pleine conscience pourraient potentiellement **impacter le profil temporel**.
- Par l'intermédiaire des techniques d'activation comportementale, de résolution de problèmes, de restructuration cognitive et de la prescription de tâches, les TCC pourraient principalement augmenter **l'orientation vers le futur** (planification, anticipation positive) et diminuer le **présent fataliste** (en permettant au patient d'expérimenter concrètement qu'il peut agir sur les situations). Dans une moindre mesure, les TCC pourraient permettre d'augmenter le **présent hédoniste** (en encourageant le patient à pratiquer des activités plaisantes et à être dans l'action) et améliorer la vision du **passé** (par le travail sur les distorsions cognitives de type surgénéralisation comme « *je n'ai jamais rien réussi dans ma vie* »).
- En encourageant à adopter une attitude d'ouverture, de conscience, d'acceptation et de non jugement, et en amenant les patients à se décentrer des pensées négatives vis-à-vis du passé et du futur, **la thérapie pleine conscience pourrait permettre d'améliorer et d'équilibrer le profil temporel**. Notamment, en augmentant le **passé positif** et l'orientation vers le **futur**, et en réduisant le **présent fataliste** et le **passé négatif**.
- Il serait tout particulièrement intéressant de se pencher sur la capacité des TCC et de la pleine conscience à améliorer les biais temporels auprès de patients dépressifs, compte tenu de leur rapport altéré au temps, et compte tenu de l'efficacité avérée de ces thérapies dans la prise en charge de la dépression ou de la rechute dépressive.



## CHAPITRE 4.

# Perspective temporelle, coping et schémas précoces inadaptés

Au regard de la littérature, il est très difficile de statuer quant aux mécanismes impliqués dans la perspective temporelle, et encore moins concernant ceux impliqués dans la relation entre perspective temporelle et dépression.

Le coping et les schémas précoces inadaptés sont deux aspects du fonctionnement psychologique connus pour être impliqués dans les troubles dépressifs, et qui partagent de nombreuses similitudes conceptuelles avec la perspective temporelle. Par ailleurs, les arguments théoriques, et dans une moindre mesure empiriques, suggèrent qu'il pourrait y avoir un lien entre ces deux concepts et la perspective temporelle. Il apparaît ainsi pertinent de les envisager comme des facteurs impliqués dans la perspective temporelle, ou impactés par celle-ci, pouvant jouer un rôle dans la relation entre le profil temporel et la symptomatologie dépressive.

Ce dernier axe de recherche aura ainsi pour objectif de s'intéresser aux aspects du fonctionnement psychologique impliqués dans ou par la perspective temporelle. Plus spécifiquement, nous nous intéresserons au coping dans une première partie, puis aux schémas précoces inadaptés dans une seconde partie ; et cela notamment au regard des troubles dépressifs.

## 1. Coping et perspective temporelle

### 1.1. Coping : définition, théorie, classification

#### 1.1.1. Définition et modèle théorique du coping

Dans le modèle transactionnel élaboré par Lazarus et Folkman (1984), le concept de « *coping* » désigne les réactions des individus afin de faire face aux situations menaçantes ou stressantes. Initialement anglais, ce terme a été admis dans le vocabulaire français à partir de 1999. En français, « *coping* » se traduit parfois dans la littérature scientifique sous le terme de « *stratégies d'ajustement* » (Paulhan, 1992).

Ce concept est apparu pour la première fois en 1966 dans l'ouvrage de Lazarus

« *Psychological Stress and Coping Process* ». Selon Lazarus, le stress n'est pas une propriété objective des événements : une situation ne sera pas stressante en elle-même, mais sera perçue, interprétée, vécue différemment par les individus. Ainsi, le retentissement émotionnel d'un même événement ne sera pas le même d'un individu à l'autre (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014 ; Bruchon-Schweitzer, 2001 ; Lazarus & Folkman, 1984 ; Lazarus, 1966).

C'est lorsqu'une situation sera évaluée par l'individu comme débordant ses ressources qu'elle sera perçue comme stressante ou menaçante. Face à ce stress, l'individu ne va pas subir passivement : il va essayer de « *faire face* » (*to cope*) et élaborer des stratégies pour maîtriser, réduire, ou tolérer la situation aversive (Bruchon-Schweitzer, 2001 ; Paulhan, 1992).

En effet, Lazarus & Folkman (1984, p. 141) définissent le coping de la façon suivante : « *l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu* » (Bruchon-Schweitzer, 2001 ; Paulhan, 1992).

Comme le souligne cette définition, la conception transactionnelle du coping l'envisage comme un processus changeant et dynamique, influencé par le contexte situationnel, et non pas comme une caractéristique stable (Bruchon-Schweitzer, 2001 ; Paulhan, 1992). Les stratégies de coping utilisées par les individus vont varier selon l'évaluation qu'ils font de la situation (évaluation primaire) et de leurs ressources personnelles (évaluation secondaire) (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014). Le coping est ainsi un processus impliquant une interaction réciproque entre la personne et son environnement : lorsque cette relation entre l'individu et la situation est modifiée, cela donne lieu à des réévaluations à la fois de la situation, et à la fois des ressources disponibles (Bruchon-Schweitzer, 2001).

Le stress ressenti réside ainsi dans l'interaction entre l'individu et l'environnement ; il y a perception d'un stressor lorsque la situation est évaluée comme excédant ses ressources et étant menaçante pour son bien-être (Paulhan, 1992 ; Folkman & Lazarus, 1986). Les situations vont donc passer par un certain nombre de filtres, qui vont influencer la perception et l'évaluation de l'événement. Ces filtres vont agir comme des médiateurs entre la situation stressante et l'individu.

Nous pouvons ainsi distinguer deux types d'évaluation lors du processus de coping :

- (1) **L'évaluation primaire**, qui correspond à l'évaluation de la situation en elle-même. Celle-ci sera évaluée, interprétée, différemment selon les individus : une même situation pourra être perçue comme une perte, une menace, ou encore un défi. La perception de la situation sera influencée notamment par les expériences antérieures (Paulhan, 1992).
- (2) **L'évaluation secondaire**, qui correspond à l'évaluation que l'individu fait de ses propres ressources pour faire face à cette situation. Lorsqu'il pense disposer des ressources suffisantes pour contrôler, maîtriser la situation aversive, il aura davantage tendance à déployer des stratégies visant à affronter celle-ci (Bruchon-Schweitzer, 2001). L'individu évaluera notamment le soutien social dont il pense disposer (soutien social perçu), ou le degré de contrôle qu'il pense avoir sur la situation (contrôle perçu).

Ces évaluations vont orienter les stratégies de coping utilisées par les individus. Pour désigner ces médiateurs qui vont influencer l'interprétation de la situation et le choix de stratégies de coping, plusieurs auteurs parlent de *processus transactionnels* (Koleck, Bruchon-Schweitzer & Bourgois, 2003). Les deux processus transactionnels les plus fréquemment évoqués dans la littérature, et que nous avons déjà mentionnés plus tôt, sont le soutien social perçu et le contrôle perçu :

- Le *soutien social perçu* correspond au sentiment qu'a l'individu de pouvoir être aidé, soutenu par son entourage.
- Le *contrôle perçu* correspond au sentiment d'être en capacité de contrôler la situation stressante.

L'un comme l'autre ont été associés à des issues positives de santé (Koleck et al., 2003). Ils sont à distinguer du soutien social réel, et du contrôle objectif que la personne a sur la situation : nous allons nous intéresser à la façon dont l'individu perçoit subjectivement ses ressources sociales et son degré de contrôle sur la situation, indépendamment des caractéristiques objectives de celle-ci.

### 1.1.2. Taxonomie des stratégies de coping

Selon Lazarus et Folkman (1984), deux fonctions du coping peuvent être distinguées : d'une part, intervenir sur la situation pour la modifier, et d'autre part réguler l'impact émotionnel et cognitif de cette situation.

Cette distinction permet de dégager deux grands types de stratégies de coping :

- (1) **Les stratégies centrées sur le problème ou sur la tâche**, qui visent à modifier directement la situation ou à augmenter les propres ressources pour y faire face. Ce type de stratégies peut concerner par exemple la recherche d'information, la planification, ou la confrontation directe pour résoudre la situation.
- (2) **Les stratégies centrées sur l'émotion**, qui visent à réguler, réduire, tolérer les conséquences émotionnelles entraînées par la situation. Ce type de stratégies peut concerner par exemple la consommation de substances (alcool, tabac, drogues), l'engagement dans des activités distrayantes (activités sportives, télévision) ou l'expression de ses émotions.

Cette distinction a notamment été obtenue à partir d'analyses factorielles sur les réponses de 100 adultes auxquels Lazarus et Folkman (1984) ont demandé, chaque mois pendant un an, la façon dont ils avaient réagi face à un événement récent qui les avait perturbés.

D'autres auteurs ont proposé des alternatives à cette classification :

- **Classification selon le degré d'attention mobilisée** (coping évitant et vigilant) : le coping évitant correspond aux stratégies visant à détourner l'attention ou se distancier du stresser (éviter, fuite, déni, distraction), alors que le coping vigilant correspond aux stratégies visant à mobiliser l'attention sur le stresser afin de prévenir, réduire ou maîtriser le problème (recherche d'information, de soutien social, planification d'actions) (Paulhan, 1992 ; Suls & Fletcher, 1985).
- **Classification selon l'activité de l'individu** (coping actif et passif) : le coping actif désigne toute action visant la modification directe du problème, alors que le coping passif correspond au fait de ne pas agir face à la situation (Callahan & Chabrol, 2013).

D'autres types de stratégies sont également parfois distingués, comme la recherche de soutien social, ou les stratégies cognitives visant à modifier la perception de la situation, comme la réévaluation positive de l'événement (« *cette expérience va me rendre plus fort* ») (Paulhan, 1992).

Ces alternatives n'entrent pas nécessairement en contradiction avec la taxonomie de Lazarus & Folkman (1984), mais peuvent au contraire être considérées comme complémentaires. Selon Paulhan (1992), les controverses sur la classification des stratégies de coping n'est pas essentielle ; le coping est un processus multidimensionnel, et chaque individu, selon la situation, dispose d'une variété de stratégies d'ajustement. Elle souligne en revanche l'importance de connaître l'efficacité de chacune de ces stratégies pour réduire la perturbation émotionnelle engendrée par la situation stressante.

### 1.1.3. Efficacité des stratégies de coping

Selon Bruchon-Schweitzer (2001), une stratégie de coping peut être considérée comme efficace lorsqu'elle « *permet à l'individu de maîtriser la situation stressante ou de diminuer son impact sur son bien-être physique ou psychique* » (p. 10).

Dans l'ensemble, la littérature semble indiquer que les stratégies centrées sur la tâche et vigilantes seraient plus fonctionnelles que les stratégies centrées sur l'émotion ou évitantes : Elles sont associées à des symptômes de stress post-traumatiques moins sévères chez des soldats (Mikulinger & Solomon, 1989), à moins d'anxiété et de complications après une intervention chirurgicale (Schmidt, 1988), et induiraient moins de symptômes psychosomatiques (Holahan & Moos, 1986). Le coping centré sur la tâche serait également corrélé négativement à l'anxiété et la dépression (Bolger, 1990 ; Felton & Revenson, 1984), à l'inverse des stratégies centrées sur les émotions qui sont associées à des issues émotionnelles et somatiques dysfonctionnelles (Olf, 1991 ; Payne & Firth-Cozens, 1987).

Cependant, l'efficacité d'une stratégie dépendrait également des caractéristiques de la situation, et notamment de sa durée et de sa contrôlabilité. En effet, nous pouvons considérer que les stratégies centrées sur les émotions seraient fonctionnelles à court-terme, car elles permettraient de réduire le stress, d'élaborer psychiquement la situation et de l'évaluer progressivement. De plus, les stratégies centrées sur la tâche seraient surtout efficaces face aux événements contrôlables, sur lesquels l'individu peut agir. En revanche, lorsque la situation est incontrôlable, ce type de stratégies peut se révéler inutile et l'individu va s'épuiser à essayer de modifier une situation sur laquelle il ne peut pas agir. Les stratégies émotionnelles, permettant de minimiser la détresse émotionnelle, seraient alors plus adaptées face aux événements incontrôlables (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014 ; Bruchon-Schweitzer, 2001).

En effet, les stratégies émotionnelles jouent un rôle protecteur sur le bien-être émotionnel chez des femmes atteintes de cancer du sein (Greer et al., 1979), alors que les stratégies centrées sur la tâche sont associées négativement à la qualité de vie (Cousson-Gélie, 1997).

Ainsi, le coping centré sur la tâche semble plus efficace à long terme, et face à des situations contrôlables ; alors que le coping centré sur l'émotion serait plus adapté à court-terme, et face à des situations incontrôlables (Koleck et al., 2003 ; Suls & Fletcher, 1985).

#### **1.1.4. Déterminants des stratégies de coping**

La littérature évoque à la fois des déterminants dispositionnels (caractéristiques cognitives et conatives de l'individu) du coping, et à la fois des déterminants situationnels (caractéristiques de la situation).

Selon certains auteurs, les stratégies de coping vont correspondre à des tendances générales, car elles seraient déterminées par des caractéristiques stables chez les individus, comme les traits de personnalité (Costa et al., 1996). Ces hypothèses sont en cohérence avec une certaine stabilité temporelle observée dans les réponses de coping d'un individu d'une situation à l'autre (Bruchon-Schweitzer, 2001 ; Mc Crae, 1992 ; Vollrath et al., 1995).

Parmi ces caractéristiques individuelles qui vont déterminer l'évaluation de la situation et donc le choix de stratégies de coping, nous pouvons citer des déterminants cognitifs comme les croyances (sur soi, sur le monde, sur la capacité personnelle à résoudre les problèmes, etc.), les motivations, ou encore le lieu de contrôle (interne/externe) (Bruchon-Schweitzer, 2001 ; Paulhan, 1992 ; Lazarus & Folkman, 1988).

Par exemple, les individus qui perçoivent la situation comme contrôlable et qui pensent avoir les ressources suffisantes pour la gérer auront davantage tendance à s'orienter vers des stratégies centrées sur la tâche. Bruchon-Schweitzer (2001) évoque également d'autres déterminants tels que le sentiment d'efficacité personnel, l'optimisme, ou encore l'attribution causale (ce à quoi l'individu attribue les causes de la situation).

Par ailleurs, de nombreux traits de personnalité prédisent les stratégies de coping : par exemple, l'anxiété, le névrosisme ou encore la dépression prédisent des stratégies centrées sur les émotions, alors que l'agréabilité ou le fait d'être consciencieux prédisent des stratégies davantage centrées sur la tâche (Bruchon-Schweitzer, 2001 ; Costa et al., 1996). Cependant, d'autres auteurs évoquent davantage l'importance des caractéristiques de l'environnement, comme la nature et la durée de la menace.

## 1.2. Coping et dépression

Les données de la littérature mettent en évidence le rôle des événements stressants dans la dépression. Plusieurs études ont montré que les événements de vie stressants précédaient souvent et prédisaient l'arrivée d'un épisode dépressif (Kendler et al., 1999 ; Mazure, 1998 ; Hammen, 1991).

En effet, les individus déprimés expérimentent davantage de stress que les individus non-déprimés (Hammen, 1991), et c'est notamment le cas pour les individus avec des épisodes dépressifs récurrents (Harkness et al., 1999). Ainsi, certains auteurs ont proposé que les individus déprimés auraient des facteurs prédisposants (notamment des traits de personnalité comme le névrosisme) qui les rendraient vulnérables aux événements stressants (Kendler et al., 1999). En 2005, Monroe et Harkness suggèrent que chaque épisode dépressif viendrait accroître la sensibilité aux événements de vie stressants.

Ainsi, si les individus déprimés sont particulièrement sensibles aux événements stressants, il apparaît essentiel de s'intéresser aux stratégies de coping qu'ils utilisent, mais également aux facteurs associés au coping au sein de cette population.

Dans l'ensemble, la littérature met en évidence que l'utilisation de stratégies de coping inadaptées est associée positivement aux scores de dépression (Vickers et al., 2003 ; Robbins & Tanck, 1992). De plus, les individus déprimés auraient davantage tendance à utiliser des stratégies de coping inadaptées, en comparaison des individus non-déprimés (qui auraient davantage tendance à utiliser des stratégies de coping adaptées).

Notamment, les individus déprimés vont se tourner davantage vers des stratégies passives, émotionnelles et évitantes (comme le désengagement, le déni), alors que les individus non-déprimés utilisent davantage des stratégies actives de résolution de problèmes, centrées sur la tâche (Thompson et al., 2010 ; Muris et al., 2001 ; Haden & Scarpa, 2008 ; Chan, 1992).

De plus, les individus déprimés auraient davantage tendance à utiliser des stratégies de suppression de pensées, et moins tendance à utiliser des stratégies de pensée positive, en comparaison des individus non-déprimés (Thimm et al., 2018).

Les patients déprimés reportent davantage de stratégies émotionnelles comme l'auto-accusation (Horwits, Hill & King, 2010) et de stratégies évitantes face aux situations stressantes (Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer, 2010 ; Horwits & al., 2010 ; Foster & Gallagher, 1986). En revanche, les individus non-déprimés utilisent davantage de stratégies actives et centrées sur

la tâche (Rosenberg, Peterson et Hayes, 1987). Les individus déprimés vont également évaluer leurs stratégies de coping comme moins efficaces, que les individus non-déprimés (Foster & Gallagher, 1986).

Par ailleurs, la probabilité de développer des troubles dépressifs est associée à des stratégies émotionnelles et à des stratégies inadaptées telles que l'utilisation de substances ou des comportements agressifs (Goodwin, 2006).

Ainsi, la littérature nous apprend que les individus déprimés seraient davantage vulnérables aux événements stressants, utiliseraient davantage des stratégies de coping inadaptées évitantes, émotionnelles et passives, et que les scores de dépression seraient associés aux stratégies de coping. Il paraît donc indispensable de s'intéresser aux variables associées au coping chez les individus déprimés, et d'étudier les potentiels facteurs impliqués dans le choix du coping au sein de cette population.

Comme nous l'avons vu plus haut, le coping peut être influencé par des facteurs personnels stables, tels que les traits de personnalité, et des variables transactionnelles comme le sentiment d'efficacité ou le contrôle perçu. Nous savons également que le rapport au temps semble impacté dans les troubles dépressifs, et que la perspective temporelle est associée aux variables mentionnées ci-dessus (personnalité, sentiment d'efficacité, contrôle perçu) ; comme évoqué précédemment. Ainsi, il apparaît pertinent de s'interroger sur le lien entre coping et perspective temporelle auprès d'individus déprimés.

## **1.3. Coping et perspective temporelle**

### **1.3.1. Arguments théoriques**

Comme nous l'avons vu précédemment, les événements vont être vécus différemment selon les individus, indépendamment de leurs propriétés objectives et intrinsèques. Comme le soulignent Lazarus et Launier (1978), un même événement pourra être perçu comme une perte (affective, matérielle), une menace, ou encore un défi, d'un individu à l'autre.

Cette évaluation de la situation va considérablement impacter le choix de stratégie de coping : un vécu de perte induit une attitude fataliste de résignation, alors qu'un vécu de menace induit davantage de l'anxiété, ou de la minimisation du danger. En revanche, un vécu de défi est associé à des stratégies visant à résoudre le problème (Bruchon-Schweitzer, 2001 ; McCrae, 1984).

Or, la perspective temporelle d'un individu va jouer un rôle dans les attentes, les jugements, les motivations, et va être utilisée pour coder, trier et rappeler les événements, mais aussi pour élaborer des scénarii possibles. En ce sens, elle pourrait influencer la perception et l'évaluation de la situation, mais aussi de soi-même.

En effet, selon plusieurs auteurs, la PT va agir sur le rapport que les individus entretiennent avec les événements (Fieulaine, Apostolidis & Olivetto, 2006 ; Epel, Bandura & Zimbardo, 1999 ; Lewin, 1951). Ainsi, nous pouvons imaginer que le profil temporel serait alors à même d'influencer les stratégies de coping qui sont utilisées par les individus, et cela selon la tendance à se centrer sur un registre temporel préférentiel.

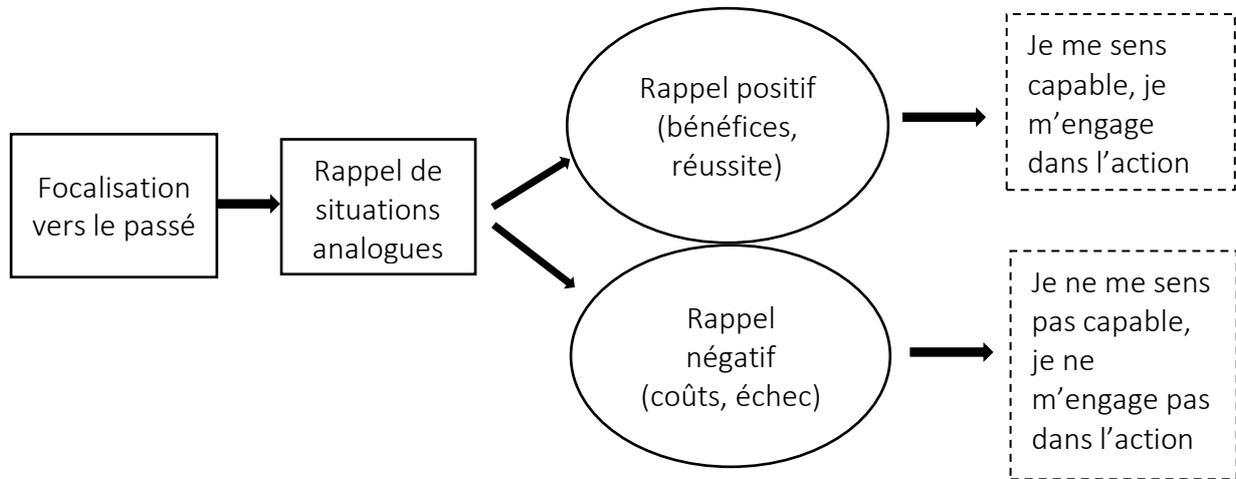
Cela pose notamment la question d'étudier la perspective temporelle comme l'un des médiateurs agissants entre l'individu et l'environnement et venant influencer le choix de stratégies de coping en se plaçant au niveau de l'évaluation primaire et secondaire.

Par exemple, si nous imaginons un individu qui se focalise principalement vers le passé, l'une des conséquences possibles de cette focalisation est que, lorsqu'il est confronté à une situation qui implique une prise de décision, cet individu pourra avoir tendance à se servir du rappel de situations analogues du passé pour évaluer la situation actuelle.

Mais comment ces situations antérieures sont-elles rappelées ? Un individu orienté vers le *passé négatif* aura tendance à rappeler les situations antérieures en termes d'échecs, de regrets, de perte ; alors qu'un individu orienté vers le passé positif aura davantage tendance à rappeler les situations en termes de nostalgie, de réussite. Qu'est-ce que l'individu retient des expériences du passé, en termes de coûts et de bénéfices ? Ces éléments pourraient affecter l'interprétation que l'individu se fait de la situation actuelle, et ainsi la façon dont il va y répondre (Stolarski et al., 2015 ; Zimbardo & Boyd, 1999).

Si l'individu se rappelle des situations antérieures en termes de réussite, nous pouvons imaginer qu'il se sentira davantage capable de faire face à la situation actuelle, car il aura le sentiment d'avoir pu gérer des situations similaires par le passé. Il aura un sentiment d'efficacité personnelle plus élevé, et aura probablement davantage tendance à s'engager dans l'action, étant donné qu'il se sent en capacité d'y faire face efficacement. A l'inverse, un individu qui a une perception du passé centrée sur l'échec pourra se sentir moins capable de faire face à la situation actuelle, et aura alors moins tendance à s'engager dans l'action (voir **figure 5**).

**Figure 5.** Schématisation de l'impact du focus sur la dimension « passé » sur l'évaluation de la situation et les réponses de l'individu.



Selon Zimbardo & Boyd (1999), la tendance à mettre l'accent sur une dimension temporelle plus qu'une autre peut se cristalliser progressivement et s'intégrer dans le fonctionnement habituel de l'individu. Ainsi, le profil temporel peut, selon eux, devenir une caractéristique dispositionnelle relativement stable dans le temps, qui va alors agir à la manière de « *biais cognitifs temporels* » (Stolarski et al., 2015).

La conceptualisation de la PT comme une dimension stable du fonctionnement permet de l'envisager comme un facteur d'influence d'aspects plus dynamiques tels que le coping. Notamment, et comme nous l'avons vu, les stratégies de coping vont être influencées par un ensemble de déterminants dispositionnels tels que la personnalité (sachant que la PT est fortement corrélée aux traits de personnalité) (Kairys & Liniauskaite., 2015 ; Kairys, 2010 ; van Beek et al., 2010).

Les liens mis en évidence dans la littérature, entre la perspective temporelle et des variables impliquées dans le coping, viennent également soutenir les arguments théoriques d'un lien entre le profil temporel et le choix de stratégies de coping.

En effet, des études ont mis en évidence que la PT était associée au sentiment d'efficacité et au sentiment de contrôle (Zebardast, Besharat & Hghighatgoo, 2011 ; Luszczynska et al., 2004 ; Zimbardo et Boyd, 1999) ; deux variables considérées comme des processus transactionnels du coping, comme nous l'avons vu précédemment. En effet, le sentiment d'efficacité et le sentiment de contrôle influenceraient la façon dont un individu va évaluer une situation, et impacteraient ainsi le choix de coping.

Après de 82 sans-abris, le sentiment d'efficacité est corrélé positivement à l'orientation vers le *futur* et négativement à l'orientation vers le *présent* (Epel, Bandura & Zimbardo, 1999).

Chez les étudiants, le sentiment d'efficacité est positivement associé à l'orientation vers le *futur*, et négativement associé au *passé négatif* et au *présent fataliste* (Zebardast et al., 2011 ; Luszczynska et al., 2004).

Ces différents éléments nous amènent à nous interroger sur le lien entre la perspective temporelle et les stratégies de coping.

### **1.3.2. Données de la littérature scientifique**

Malgré les arguments théoriques suggérant un lien entre perspective temporelle et coping, les études qui s'y intéressent sont rares. De plus, une majorité d'entre elles sont menées auprès de jeunes adultes et d'adolescents. Par ailleurs, les études existantes comportent, comme nous allons le voir, de nombreuses limites ; et s'intéressent dans l'ensemble souvent à des populations spécifiques (étudiants, sans-abris, etc.) ou à un coping spécifique (coping proactif, coping en situation de conflit, etc.).

Cependant, la littérature scientifique tend à confirmer l'existence d'un lien entre perspective temporelle et coping.

#### **1.3.2.1. Etudes chez les adolescents et jeunes adultes**

Auprès de 232 étudiants en psychologie, Zambianchi & Ricci Bitti (2013) ont mis en évidence un lien entre la PT et le coping proactif. Le coping proactif désigne les moyens mis en œuvre afin de prévenir les événements négatifs, de s'y préparer et de chercher à modifier notre environnement pour créer de meilleures conditions à la réalisation de nos objectifs (Greenglass, 2002). Ainsi, il s'agit d'un style de coping orienté principalement vers le futur.

Les résultats montrent que les individus orientés vers le *futur* ont davantage tendance à utiliser des stratégies destinées à mobiliser les ressources pour atteindre leurs objectifs, à analyser les possibles scénarii, et à se préparer pour les potentiels futurs événements stressants.

A l'inverse, l'orientation vers le *présent* est associée négativement à ce même type de stratégies. Le lien entre la PT et le coping proactif est cohérent avec le rôle de la PT dans la motivation à atteindre ses objectifs, comme le suggérait Nuttin (1981). Cependant, les auteurs ont utilisé une version abrégée du ZTPI, qui évalue uniquement le *présent* (sous l'angle de l'hédonisme) et le *futur*.

Quelques années plus tard, une étude de Blomgren et al. (2016) effectuée auprès de 164 étudiants va également s'intéresser au lien entre PT et coping, par l'intermédiaire du Brief

COPE qui permet cette fois de mesurer un panel plus large de stratégies de coping (et non pas uniquement le coping proactif). Par ailleurs, à l'inverse de l'étude précédente, les auteurs n'ont pas utilisé ici la version abrégée du ZTPI, ce qui leur a permis de spécifier les associations entre le coping et toutes les dimensions temporelles.

Cependant, Blomgren et al. (2016) ont fait le choix d'organiser les stratégies de coping du Brief COPE en seulement deux catégories pour leurs analyses : coping adapté et coping inadapté.

- Le *coping adapté* regroupe les stratégies : coping actif, planification, réinterprétation positive, acceptation, humour, religion, recherche de soutien émotionnel, recherche de soutien instrumental.

- Le *coping inadapté* regroupe les stratégies : distraction, déni, expression des sentiments, utilisation de substance, désengagement comportemental, et blâme.

Les résultats mettent en évidence que l'orientation vers le *futur* prédit positivement le coping « *adapté* », et négativement le coping « *inadapté* », alors que le *passé négatif* prédit positivement le coping « *inadapté* ». Aucun résultat significatif n'est retrouvé pour le *passé positif* et le *présent fataliste*.

Le *présent hédoniste* prédit quant à lui positivement les deux catégories de coping, ce qui a mené les auteurs à des analyses complémentaires. Pour les stratégies adaptatives, l'hédonisme prédit plus particulièrement la recherche de soutien émotionnel et instrumental, l'humour, et la réinterprétation positive ; alors que pour les stratégies inadaptées, il prédit l'expression des sentiments et la distraction.

Quelques études se sont intéressées plus spécifiquement au rôle de l'orientation vers le *futur* dans le comportement adaptatif à l'adolescence.

En 2015, Chua et Milfont ont mis en évidence que l'orientation vers le *futur*, mesurée par 4 items de la sous-échelle « *purpose in life or direction* » de la Ryff Wellbeing Scale, était positivement associée à un coping adaptatif et négativement associée à des stratégies de coping non-adaptatives. L'orientation vers le *futur* était également un prédicteur positif de l'utilisation de stratégies de coping adaptatives, et un prédicteur négatif de l'utilisation de stratégies de coping non-adaptatives.

Des analyses de médiation ont permis de mettre en évidence que le coping médiatisait la relation entre l'orientation vers le *futur* et des variables de bien-être comme la consommation de substance, l'automutilation, la satisfaction du poids, la vitalité, le sommeil. Ces résultats suggèrent que le coping pourrait être un mécanisme par lequel le profil temporel (ici, la

dimension *futur*) agit sur des issues de santé.

Cependant, les auteurs ont utilisé une combinaison d'outils pour mesurer le coping adaptatif et non-adaptatif :

- Le ***coping adaptatif*** incluait les stratégies de résilience, de recherche support social, et de résolution de problème. La résilience a été mesurée par 4 items de l'échelle de résilience (Neill & Dias, 2001), la recherche de support social et la résolution de problème ont été mesurés par 3 items chacun, issus d'une échelle de coping existante (Jose et al., 1998).
- Le ***coping non-adaptatif*** incluait la rumination, l'externalisation et l'évitement. La rumination a été mesurée par 4 items de l'échelle de rumination (Nolen-Hoeksema et al., 1993), l'externalisation et l'évitement ont été mesurés par 3 items chacun d'une échelle de coping existante (Jose et al., 1994 ; 1998).

Par ailleurs, les auteurs ne présentent pas les associations entre la perspective temporelle et les différentes stratégies mesurées ; seules les associations avec les grandes catégories « adaptatif » et « non-adaptatif » sont présentées dans l'étude. L'utilisation de seulement 4 items issus d'une sous-échelle d'un questionnaire mesurant le bien-être, afin de mesurer l'orientation vers le *futur*, est également questionnable.

### 1.3.2.2. Etudes chez les adultes

Epel, Bandura et Zimbardo (1999) furent parmi les premiers à s'intéresser au lien entre PT et coping, en utilisant la version antérieure du ZTPI qui ne comportait que deux dimensions (*présent, futur*). Dans leur étude auprès de 82 sans-abris, ils se sont penchés spécifiquement sur les stratégies de coping liées à la situation d'être sans domicile fixe.

Ils ont mis en évidence que l'orientation vers le *futur* était associée au fait de s'engager dans des programmes éducatifs, de passer moins de temps à regarder la télévision, ainsi qu'au fait d'être moins déprimé et de réussir à tirer des expériences constructives de la situation.

A l'inverse, les individus orientés vers le *présent* avaient tendance à passer plus de temps devant la télévision, moins de temps à travailler, ils avaient moins tendance à économiser de l'argent et allaient plutôt croire en leur chance (« *gagner au loto* »). Selon les auteurs, ces comportements associés à l'orientation vers le *présent* seraient peu constructifs pour atteindre leurs objectifs.

Cependant, les résultats mettent également en évidence que l'orientation vers le *présent* est le prédicteur le plus important de la capacité à trouver un logement temporaire sur le court-terme. Selon les auteurs, cela met en lumière l'importance du contexte et des demandes

spécifiques de la situation, dans la définition du profil temporel optimal. Dans un contexte de crise, nécessitant de se focaliser sur la prochaine étape immédiate et non pas sur des solutions longs-termes, l'orientation vers le *présent* pourrait être nécessaire. Cela souligne l'importance de la flexibilité entre les dimensions temporelles, afin de s'adapter à la situation.

En 2013, Bolotova et Hachaturova ont menés une étude auprès de 295 adultes (âge moyen=32 ans), afin d'investiguer le rôle de la perspective temporelle dans le choix de stratégies de coping.

Cette étude (Bolotova et Hachaturova, 2013) présente l'avantage d'avoir été réalisée auprès d'un large échantillon d'adultes tout-venants, en investiguant le lien entre la PT et une variété de stratégies de coping ; des données encore trop rares dans la littérature. Cependant, il faut noter que les auteurs se sont focalisés sur les stratégies de coping en situation de conflit interpersonnel. Par ailleurs, ils ont utilisé des mesures peu traditionnelles et peu courantes du coping : l'inventaire de Heims (1988), et la technique de Zimbardo (adaptée par Sircova, 2008) qui explore le choix de coping en situation de conflit interpersonnel.

Les résultats de cette étude mettent en évidence une corrélation positive entre l'orientation vers le *futur* et le choix de stratégies de coping adaptées face à une situation de conflit : les individus orientés vers le *futur* vont avoir davantage tendance à se tourner vers les autres, coopérer avec autrui, faire un effort collectif pour venir à bout de la situation difficile. Comme le soulignent les auteurs, les individus orientés vers le *futur* semblent ainsi plus à même de comprendre que l'utilisation de la coopération (plutôt que de la confrontation et de l'animosité) sera plus efficace pour prévenir des conséquences négatives dans le futur.

A l'inverse, l'orientation vers le *présent fataliste* corrèle négativement avec la coopération. Par ailleurs, le *présent fataliste* est associé positivement avec des stratégies émotionnelles de type suppression des émotions, auto-accusation, obéissance, et agressivité ; mais également avec des stratégies comportementales comme l'évitement. En revanche, le *présent fataliste* n'apparaît pas associé à des stratégies cognitives.

Ces résultats suggèrent que les individus orientés vers le *présent fataliste* auraient davantage tendance à éviter la situation et à se concentrer sur leurs émotions (qu'il s'agisse de les exprimer avec agressivité, ou de tenter de les supprimer). Cela est en cohérence avec le fait que l'orientation vers le *présent fataliste* implique une attitude de résignation avec la croyance que le futur est prédéterminé et qu'il n'est pas utile de chercher à modifier favorablement la situation.

Le *passé négatif* est associé positivement à toutes les stratégies inadaptées (dissimulation, confusion, suppression des émotions, obéissance, retraite), et corrèle négativement à des stratégies adaptées comme l'altruisme et la coopération. À l'inverse, le *passé positif* est associé positivement à des stratégies émotionnelles et comportementales comme l'optimisme, la coopération, l'altruisme et la communication. Cependant, le *passé positif* est négativement corrélé aux stratégies de coping de type cognitives.

Ces résultats suggèrent que les individus orientés vers le *passé négatif* n'ont pas tendance à chercher à résoudre la situation et à se tourner vers les autres, à l'inverse des individus orientés vers le *passé positif*.

Les résultats mettent enfin en évidence que l'orientation vers le *présent hédoniste* est associée positivement à des stratégies émotionnelles comme l'optimisme, mais également à des stratégies comportementales plus inadaptées comme l'agressivité, la retraite, et l'évitement. Par ailleurs, le *présent hédoniste* est corrélé négativement aux stratégies cognitives.

Les auteurs de l'étude interprètent ces résultats au regard de l'importance du plaisir immédiat chez les individus orientés vers le *présent hédoniste*. Selon Bolotova et Hachaturova (2013), ces individus vont tenter de rester optimistes et confiants, mais vont avoir tendance à se mettre en retrait et à éviter le problème afin qu'il n'interfère pas avec leur confort actuel. En cas d'échec, ils pourraient alors adopter un comportement plus agressif.

Les auteurs soulignent également un point particulièrement intéressant : la majorité des participants orientés vers le *futur* (56%) démontrent une tendance à choisir une variété de stratégies de coping ; alors que la majorité des participants orientés vers le *présent fataliste* (61%) présentent un coping plus rigide, en ne choisissant que deux ou trois types de stratégies face à une situation de conflit.

Cela pourrait se comprendre au regard du fait que les individus orientés vers le *présent fataliste* ne pensent pas pouvoir modifier la situation par leurs actions ; ils vont ainsi moins percevoir l'intérêt d'adapter leur comportement à la situation à laquelle ils font face.

Le lien entre PT et coping a été également investigué dans le contexte de la maladie somatique.

Dans leur étude, Kwapinska et al. (2016) se sont intéressés au rôle prédictif du profil temporel dans les stratégies d'adaptation face à la douleur, après une chirurgie abdominale. Les auteurs ont utilisé un outil spécifique du coping face à la douleur (*the pain coping strategies questionnaire*, CSQ ; Rosentiel & Keefe, 1983). Ils ont investigué l'effet prédictif du profil temporel avant chirurgie, sur la douleur et l'adaptation à la douleur après chirurgie. Les résultats

mettent en évidence que le *passé négatif* et le *présent fataliste* corrèlent positivement à la catastrophisation, et que le *passé négatif* avant chirurgie est un prédicteur important de la catastrophisation après chirurgie. En effet, le *passé négatif* explique 14.2% de cette stratégie.

En revanche, l'orientation vers le *passé positif* est positivement associée à l'espoir. L'étude montre également un lien entre le profil temporel avant chirurgie et l'intensité de la douleur ressentie après chirurgie : le *passé négatif* et le *présent fataliste* prédisent positivement l'intensité de la douleur après chirurgie. Kwapinska et al. (2016) interprètent ces résultats au regard notamment du sentiment de désespoir et d'impuissance qui peut être associé au *présent fataliste*, et qui pourrait conduire à une évaluation d'autant plus négative de la douleur.

Ces résultats suggèrent que le profil temporel peut jouer un rôle dans l'adaptation à la maladie, ce qui nous amène à proposer que la PT pourrait influencer l'adaptation à la dépression, notamment par l'utilisation de stratégies de coping inadaptées et menant à des réévaluations négatives qui pourraient renforcer la symptomatologie dépressive.

#### **1.4. Coping et perspective temporelle : conclusion**

Ainsi, plusieurs arguments théoriques supportent l'idée d'un lien entre perspective temporelle et coping : étant donné son influence sur la représentation et l'évaluation des situations, et son lien avec le sentiment de contrôle et d'efficacité, la PT pourrait être à même d'impacter le choix de stratégies de coping. Les données de la littérature scientifiques tendent à confirmer cette hypothèse. L'ensemble des études suggèrent notamment que le *passé négatif* et le *présent fataliste* seraient associés à un coping non-adaptatif visant à se désengager de la situation ou à se centrer sur des stratégies émotionnelles dysfonctionnelles. A l'inverse, le *passé positif* et l'orientation vers le *futur* seraient associés à un coping plus adaptatif.

Cependant, les études de la littérature comportent plusieurs limites : utilisation d'une version antérieure du ZTPI, focalisation sur la dimension *futur*, focalisation sur un type de coping spécifique (coping proactif, situation de conflit, coping face à la douleur, etc.). Par ailleurs, les études sur le lien entre PT et coping restent rares, et la majorité d'entre elles ont été réalisées auprès d'adolescents et jeunes adultes. Les rares études menées auprès d'une population d'adulte s'intéressent à une population spécifique (sans-abris, maladie somatique, etc.). A notre connaissance, aucune étude n'a été réalisée dans le domaine de la santé mentale.

Compte tenu du rôle du coping dans les issues psychopathologiques et notamment dans les troubles dépressifs, il apparaît nécessaire d'investiguer le lien entre PT et coping auprès d'une population d'individus cliniquement déprimés.

## **2. Schémas précoces inadaptés et perspective temporelle**

### **2.1. Schémas précoces inadaptés : définition, théorie, classification**

La notion de schémas en psychologie cognitive remonte à Barlet, au début du 20ème siècle. Selon lui, l'information est traitée avant d'être mémorisée, et Barlet envisage les schémas comme des structures cognitives abstraites qui ont pour objectif d'organiser les informations (Barlet, 1932, dans Rusinek, 2006).

En psychothérapie, la notion de schéma renvoie ainsi à un principe organisateur qui a pour but d'expliquer les expériences vécues. Les schémas vont se développer progressivement dès l'enfance, à partir des expériences vécues précocement, et ils vont continuer d'être alimentés par les événements tout au long de la vie (Young et al., 2003, 2005). Stockés en mémoire à long terme, ils vont former un corpus de connaissance relativement cohérent et stable, qui va guider les perceptions et interprétations des situations, des relations, des autres, et de soi-même (Mihaescu, 1997).

Young (2003, 2005) emploie le terme de schéma pour parler des modes de réactions stables d'un individu face à certaines situations, ce qui se manifesterait au niveau cognitif, comportemental, émotionnel, et même mnésique (il aurait tendance à rappeler préférentiellement les informations cohérentes avec ses schémas).

C'est pour cela que pour Young, la notion de schémas est plus large que celle de croyances, car elle ne se manifeste pas uniquement au niveau cognitif ; et elle est également plus stable, et plus ancrée en profondeur dans la personnalité. Le fait que les schémas se manifestent aussi bien au niveau mnésique et émotionnel qu'au niveau cognitif explique par ailleurs pourquoi dans certaines situations, la personne peut être rationnellement consciente de sa fausse croyance, mais continuer d'y réagir affectivement comme si elle était vraie. Les schémas vont ainsi être à l'origine d'un sentiment de contradiction, de réactions irrationnelles, guidées par des modes profonds. Par exemple, la personne peut être rationnellement convaincue du fait que son conjoint ne veut pas la quitter, mais continuer irrationnellement de ressentir une peur profonde qu'il l'abandonne (Young et al., 2003, 2005).

Selon Young (2003, 2005), certains schémas peuvent être adaptés ou inadaptés, positifs ou négatifs. Les schémas inadaptés vont être dysfonctionnels de façon significative, et jouer un rôle fondateur en psychopathologie (et notamment dans les troubles de la personnalité).

Les schémas précoces inadaptés (SPI) (ou « *Early Maladaptive Schema* », EMS), vont être particulièrement rigides et résistants au changement, activés régulièrement, associés à des émotions et sensations négatives et souvent intenses. Ils vont avoir une valeur prédictive pour l'individu, c'est-à-dire que celui-ci a l'impression de ne pas pouvoir y échapper. En effet, les schémas inadaptés vont particulièrement affecter l'image de soi (Mihaescu, 1997).

Young (2003, 2005) va proposer plusieurs caractéristiques des SPI :

- Un modèle ou un thème important et envahissant
- Constitué de souvenirs, d'émotions, de cognitions et de sensations corporelles
- Concernant soi-même et ses relations avec les autres
- Constitué au cours de l'enfance et de l'adolescence
- Enrichi tout au long de la vie

Ainsi, un schéma est caractérisé par un thème, une préoccupation récurrente qui se manifesterait notamment au niveau des pensées automatiques : l'abandon, la carence affective, l'imperfection, la vulnérabilité, l'incompétence... Les schémas concernent des représentations sur soi-même, mais aussi sur les autres, et sont acquis par les expériences de la vie, et notamment au travers des relations de l'individu avec les personnes importantes de son enfance. Ces expériences précoces vont impacter ses représentations sur sa valeur personnelle, sa confiance en lui et envers autrui, ses croyances quant à ses capacités d'autonomie, etc.

Bien que les schémas puissent se constituer tout au long de la vie, et notamment lors d'événements de vie marquants (accident grave, maladie, échec scolaire), Young (1990) souligne cependant la notion de précocité. Selon lui, les SPI commencent majoritairement à se construire dans l'enfance, et sont maintenus stables dans le temps car profondément ancrés dans le développement psycho-affectif de l'individu. Il s'agirait, selon lui, d'un noyau profond de l'identité.

Young (2003, 2005) identifie plusieurs schémas qu'il classe dans des grands domaines selon le besoin fondamental auquel le schéma se rapporte. Par exemple, les schémas « *abandon* » et « *déprivation affective* » se rapportent au besoin de lien avec autrui, et les schémas « *dépendance* » et « *peur de perdre le contrôle* » se rapportent au besoin d'autonomie. Les différents schémas seront davantage détaillés ultérieurement dans ce chapitre, ainsi que dans la description de *l'inventaire des schémas précoces de Young* (1990).<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Voir Méthodologie de la recherche

Les schémas seraient maintenus par différents mécanismes cognitifs, comportementaux et adaptatifs (Young et al., 2003, 2005) :

- **Mécanismes cognitifs** : les individus vont avoir tendance à interpréter les situations dans le sens de leurs schémas ; ce sont les distorsions cognitives. Les distorsions cognitives vont confirmer les informations du schéma. A l'inverse, les informations contredisant les schémas seront minimisées. Ainsi, les schémas vont impliquer un traitement sélectif des informations de l'environnement.
- **Mécanismes comportementaux** : les individus vont avoir tendance à s'engager dans des comportements et dans des situations qui vont confirmer leurs schémas. Par exemple, une personne présentant un schéma d'abandon aura tendance à s'engager dans des relations avec des partenaires instables, insécurisants.
- **Mécanismes d'adaptation** : les individus ne vont pas chercher à modifier les mécanismes qui maintiennent les schémas car ils ne pensent pas que cela soit possible.

## 2.2. Schémas précoces inadaptés et dépression

Selon Young (1990), les schémas précoces inadaptés sont des structures à l'origine du développement de croyances négatives qui représentent un facteur de vulnérabilité pour les troubles dépressifs (Young et al., 2001 ; Beck, 1964).

Les SPI vont entraîner une perception erronée et négative de soi et du monde, engendrant des cognitions et affects négatifs ainsi qu'une faible estime de soi, pouvant contribuer à certaines pathologies comme la dépression (Rusinek, 2006 ; Schmidt et al., 1995). En effet, la dépression chronique est fortement associée à la présence de SPI persistants (Riso et al., 2003).

Plusieurs études ont mis en évidence des liens significatifs entre la dépression et la majorité des SPI : il existe une corrélation significative entre les SPI et la symptomatologie dépressive, et les SPI expliquent une part significative de la variance de dépression (Glaser et al., 2002 ; Welburn et al., 2002 ; Petrocelli et al., 2001 ; Stopa et al., 2001).

Auprès d'échantillon non cliniques, il existerait une relation entre la sévérité des symptômes dépressifs et le fait d'avoir des SPI élevés (Darvishi et al., 2012 ; Calvete et al., 2005 ; Harris & Curtin, 2002).

Dans les études de comparaison, les résultats mettent en évidence que les patients déprimés ont des scores plus élevés aux SPI par rapport aux individus non-déprimés, et le score aux schémas est corrélé à la sévérité des symptômes dépressifs même lorsque des traits comme le névrosisme sont contrôlés (Ahmadpanah et al., 2017 ; Thimm, 2010 ; Halvorsen et al., 2009 ; Shah & Waller, 2000).

Les patients déprimés ont des scores plus élevés dans les domaines autonomie/performances altérées, survigilance et séparation/rejet ; ce dernier étant le domaine qui ressort le plus fréquemment dans la littérature (Camara & Calvete, 2012 ; Renner et al., 2012 ; Riso et al., 2003). En effet, selon Young et al. (2003, 2005), il s'agit d'un domaine qui décrit particulièrement les croyances associées à la dépression ; ce domaine étant caractérisé par la croyance d'être défectueux, isolé, et le sentiment que les autres vont nous abandonner ou nous rejeter.

Une étude française réalisée auprès de patients cliniquement déprimés a également mis en évidence que tous les schémas étaient associés aux scores de dépression, et que les patients plus sévèrement déprimés avaient des scores plus élevés à ces derniers (Cornier et al., 2011).

Auprès de 456 adultes diagnostiqués d'un épisode dysphorique, Trincas et al. (2014) ont mis en évidence que la tristesse était prédite par la négativité/pessimisme, l'anhédonie par l'échec, les comportements de mutilation par la déprivation affective et la vulnérabilité, le manque d'estime de soi par l'échec et par la négativité/le pessimisme, le ralentissement psychomoteur par la vulnérabilité, et le manque de concentration par le manque d'autocontrôle et de discipline.

Les études prospectives mettent également en évidence que les SPI prédisent une part significative des symptômes dépressifs futurs, et que les SPI chez les individus déprimés ont tendance à demeurer stables dans le temps (Wegener et al., 2013 ; Renner et al., 2012 ; Halvorsen et al., 2010 ; Wang et al., 2010 ; Riso et al., 2006 ; Glaser et al., 2002 ; Welburn et al., 2002). Auprès de 1170 adolescents, le domaine séparation/rejet prédit directement les symptômes dépressifs douze mois plus tard (Orue, Calvete & Padilla, 2014).

Ces éléments suggèrent que les SPI pourraient représenter une vulnérabilité pour les troubles dépressifs, et la littérature met en évidence que la sévérité de la dépression est associée à de nombreux schémas précoces inadaptés.

Par ailleurs, une des clefs de la théorie des schémas repose sur la stabilité des schémas qui sont considérés comme des éléments traits, résistants au changement (Young et al., 2003,

2005). C'est pour cela que les thérapies brèves auprès de patients déprimés se focalisent davantage sur la réduction de la symptomatologie dépressive plutôt que sur la réduction des SPI (Renner et al., 2012). En effet, Riso et al. (2006) et Wang et al. (2010) ont mis en évidence que les SPI demeurent stables chez les patients déprimés, sur plusieurs années. L'étude de Renner et al. (2012) suggère également que certains SPI prédisent l'issue des traitements, en plus d'être robustes au changement et associés à la sévérité de la dépression. Enfin, Dozois et al. (2007, 2009) ont montré qu'en cas de rémission de la dépression, les pensées automatiques s'améliorent mais les schémas demeurent stables.

### **2.3. Schémas précoces inadaptés et perspective temporelle : arguments conceptuels, mais absence de données empiriques**

A ce jour, et à notre connaissance, il n'existe aucune littérature théorique ou étude empirique s'intéressant au lien entre perspective temporelle et schémas précoces inadaptés.

Pourtant, nous observons de nombreuses similitudes conceptuelles entre les schémas précoces inadaptés et la perspective temporelle, et de nombreuses similarités entre certains schémas et certaines dimensions temporelles.

#### **2.3.1. Similitudes conceptuelles**

- Les schémas et la perspective temporelle sont tous deux acquis dès l'enfance et continuent d'être enrichis tout au long de la vie au travers des expériences vécues (éducation, relations aux pairs, événements de vie).
- L'un comme l'autre concerne des représentations profondément ancrées, sur le monde, sur soi et sur les autres, qui vont guider la perception et l'interprétation des situations.
- Les schémas et la perspective temporelle concernent tous deux une pluralité de composantes du fonctionnement psychique : ils sont constitués d'émotions, de cognitions, de souvenirs, de sensations, et aboutissent à des comportements.
- Tous deux peuvent devenir dysfonctionnels, lorsqu'ils sont significativement activés ou rigides.
- Lorsqu'ils sont dysfonctionnels, les schémas et la perspective temporelle vont agir comme des biais par lesquels les informations seront filtrées (nous parlons alors de biais temporels ou de schémas inadaptés).
- Les deux sont considérés comme relativement stables, similaires aux traits de personnalité.

### 2.3.2. SPI et dimensions de la perspective temporelle

Afin de mettre en lumière les liens qui peuvent être faits entre les SPI et les dimensions de la perspective temporelle, cette partie sera organisée de la façon suivante : chaque grand domaine de schémas sera présenté, et pour chacun de ces domaines seront ensuite explicitées les dimensions temporelles auxquelles les schémas impliqués peuvent renvoyer.

- **Schémas liés au manque d'autonomie (*autonomie*)**

Les individus présentant ce type de schémas ont souvent été surprotégés dans l'enfance vis-à-vis de leur environnement, ou ont reçu une aide excessive qui a ainsi développé chez eux le sentiment de ne pas pouvoir s'en sortir seuls.

- *Dépendance* : les individus s'estiment incapables de s'en sortir sans l'aide d'une personne jugée compétente.
- *Manque d'individuation* : tendance à faire passer les besoins des autres avant les siens, attachement émotionnel excessif au détriment de sa propre individualité. Ce schéma est souvent lié à un manque d'identité personnelle, une sensation d'être vide et sans buts, et une tendance à s'interroger sur sa propre existence.
- *Vulnérabilité à l'inconnu et à la maladie* : crainte de l'imminence d'une catastrophe qui pourrait survenir à n'importe quel moment, et face à laquelle la personne ne pense pas pouvoir s'adapter.
- *Peur de perdre le contrôle de soi* : croyance et/ou crainte de ne pas avoir le contrôle sur ses propres actions.

***Quels liens avec la perspective temporelle ?***

La croyance de ne pas être capable de s'en sortir par soi-même, le manque d'individualité et la tendance à anticiper des catastrophes peuvent être mis en parallèle avec le **passé négatif** : la vision du passé jouerait en effet un rôle dans le sentiment d'identité et le sentiment d'efficacité. Ainsi, une vision négative du passé pourrait ne pas permettre de s'appuyer sur des expériences antérieures positives de réussite afin de se sentir autonome, capables et efficace dans la situation présente.

Les individus avec une vision négative du passé pourraient également avoir tendance au contraire à anticiper des issues négatives aux événements, en rappelant des situations antérieures analogues négatives.

Cela pourrait également conduire à une difficulté à se projeter dans le **futur**, puisque l'individu est se perçoit comme incapable de s'en sortir par lui-même, sans buts.

• **Schémas liés à la carence du lien d'attachement (*lien*)**

Les individus présentant ce type de schémas ont souvent un attachement insecure ou désorganisé. De ce fait, ils ont la sensation de manquer d'affection, d'attention, de sécurité, de stabilité, d'acceptation ou de respect de la part des personnes importantes pour eux.

- *Déprivation affective* : croyance et sensation que personne n'est là pour répondre à nos besoins.
- *Abandon* : perception que les autres manquent de stabilité ou de fiabilité, sont imprévisibles et peuvent nous abandonner à tout moment.
- *Méfiance* : les patients avec ce type de schémas ont souvent connu des abus (émotionnels, physiques, sexuels) et s'attendent à ce que les autres les trahissent et les fassent souffrir intentionnellement.
- *Isolement social* : sentiment d'être différents des autres, isolé, de n'appartenir à aucun groupe.

### *Quels liens avec la perspective temporelle ?*

D'après les hypothèses de Young, ce rapport très insécure à autrui est souvent issu d'expériences négatives précoces dans la relation aux autres, et notamment en lien avec les figures d'attachement. Il serait donc cohérent d'émettre l'hypothèse que les individus présentant ce type de schémas ont une *vision négative du passé*, et sont marqués par des expériences antérieures négatives qui ne leur permettent pas d'appréhender et d'anticiper positivement le rapport à autrui.

De plus, les individus présentant ce type de schémas entretiennent la croyance que les autres vont toujours les abandonner, les trahir, les décevoir. Nous pouvons ainsi y retrouver une forme de *fatalisme*, qui correspondrait au « *présent fataliste* » si l'on fait le parallèle avec les dimensions de la perspective temporelle.

- **Schémas liés au manque de valeur accordée à soi-même (*valeur*)**

Les patients avec ce type de schémas ont la sensation d'avoir peu de valeur et sont persuadés que le regard des autres sur eux est négatif. Ils sont souvent sensibles à la critique et au rejet, et ont une faible estime d'eux-mêmes. Parmi eux, nous pouvons notamment trouver des individus qui ont été peu valorisés dans leur enfance, par leurs figures d'attachement.

- *Impossibilité d'être aimé* : croyance de ne pas être digne de l'amour et de l'affection des autres.
- *Indésirabilité sociale* : croyance de ne pas être apprécié par autrui, de ne pas être agréable à côtoyer, que les autres ne veulent pas de notre compagnie.
- *Echec* : les individus estiment que leur vie a, est, et sera toujours semée d'échecs dans tous les domaines, et qu'ils sont inférieurs aux autres, moins compétents. Il peut s'agir, par exemple, d'individus qui ont été marqués par des vécus d'échecs voire d'humiliations en milieu scolaire.
- *Culpabilité/punition* : tendance à se montrer intolérant et critique envers soi-même, difficulté à se pardonner ses propres erreurs, tendance à se considérer comme coupable.
- *Honte/embaras* : l'individu se juge mauvais, imparfait, inférieur, incompetent, et peut ressentir de la honte vis-à-vis de ses échecs, de ses erreurs.

### *Quels liens avec la perspective temporelle ?*

La croyance d'avoir toujours échoué et que sa vie a été parsemée d'échecs permet de faire le parallèle avec le *passé négatif*, et notamment un biais temporel qui impliquerait une focalisation excessive sur les expériences antérieures négatives d'échec. Les individus avec une vision négative du passé pourraient ainsi avoir des difficultés à rappeler des souvenirs positifs de réussite, et à s'appuyer sur ces expériences afin de se sentir compétents.

La vision négative du passé pourrait également être impliquée dans la tendance à se percevoir comme mal aimé d'autrui, coupable et honteux : en effet, la vision du passé serait impliquée dans le sentiment d'identité et l'estime de soi. Une vision négative du passé pourrait conduire à se focaliser sur des expériences de rejet et d'humiliation, ou de regrets.

Par ailleurs, la croyance que l'on va continuer à échouer toute notre vie rappelle le *fatalisme*, c'est-à-dire le sentiment résigné que l'on ne peut rien y changer. Cela pourrait également conduire à nouveau à une difficulté à se projeter dans le *futur*, puisque l'individu est persuadé qu'il est incompetent et n'y arrivera jamais.

- **Schémas liés à la carence ou l'excès d'autocontrôle et de limites (*limites et standards*)**
  - *Droits/limites insuffisantes* : impulsivité, difficultés à contrôler et gérer l'expression des émotions et des impulsions et à tolérer la frustration. Les individus ont souvent tendance à éviter les efforts, les responsabilités, les engagements, et vont être peu tournés vers l'accomplissement personnel. Les individus avec ce type de schémas estiment parfois avoir des droits spéciaux qui n'ont pas à être réciproques dans les relations interpersonnelles, ils sont ainsi très demandeurs et dominateurs vis-à-vis d'autrui, et ont tendance à vouloir obtenir ce qu'ils veulent ou à l'imposer. Les individus présentant ce type de schémas ont souvent eu une éducation parentale qui a posée peu de limite, peu de règles, à qui tout était dû, et qui leur ont peu permis d'acquérir le sens des responsabilités et de l'effort.
  - *Standards intransigeants* : ces individus sont souvent perfectionnistes, pensent qu'ils n'ont pas le droit à l'erreur et ressentent une anxiété permanente car ils courent après un idéal de perfection. Ils sont ainsi souvent insatisfaits, et s'imposent des règles de vie rigides. Les individus présentant ce type de schémas considèrent que leur environnement peut se modifier de façon négative à n'importe quel moment, si jamais ils relâchent leur vigilance.

Ils vont ainsi s'imposer des règles de vie strictes, être peu spontanés dans leurs envies et sentiment, et vont avoir pour but d'éviter à tout prix la survenue d'événements négatifs, et cela dans tous les domaines (travail, argent, santé, sécurité, etc.).

***Quels liens avec la perspective temporelle ?***

Les individus présentant un manque de limites ont des difficultés à tolérer la frustration et l'effort, et ils sont peu tournés vers des buts d'accomplissements et des responsabilités. Ils ont ainsi davantage tendance être dans l'immédiateté, à ***vivre dans le moment présent*** et à être dans l'impulsivité, ce qui s'apparente à la dimension « *présent hédoniste* » de la perspective temporelle.

Par ailleurs, la difficulté à se confronter aux responsabilités et aux efforts permet également d'imaginer que les individus présentant ce type de schémas sont ***peu orientés vers le futur***, et vers la planification de buts à venir.

A l'inverse, les individus présentant un excès de limites et d'autocontrôle sont dans une anticipation excessive d'événements négatifs et dans la recherche de contrôle afin de les éviter à tout prix, en s'imposant des règles de vie strictes avec peu de spontanéité et une forte tendance à l'insatisfaction.

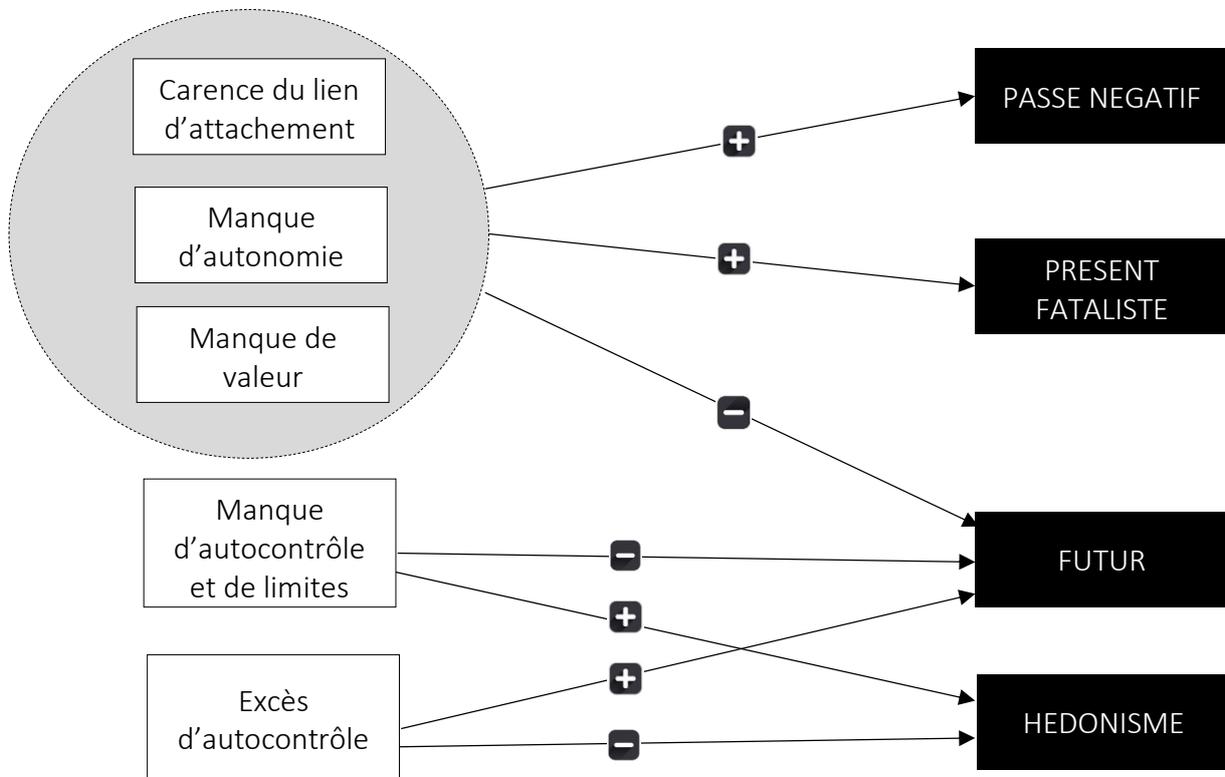
Ainsi, pour faire le parallèle avec les dimensions de la perspective temporelle, cette description permet d'envisager que ces individus seront ***peu orientés vers l'hédonisme*** et le plaisir immédiat, et au contraire seront ***fortement tournés vers le futur*** avec une recherche intensive de planification (liée au besoin de contrôle des événements négatifs à venir).

## 2.4. Schémas précoces inadaptés et perspective temporelle : conclusion

Ainsi, nous pouvons observer de nombreuses similitudes conceptuelles entre la perspective temporelle et les schémas précoces inadaptés : l'un comme l'autre correspondent à des dimensions stables du fonctionnement, acquises dès l'enfance et enrichis tout au long de la vie, qui vont agir comme des filtres et impacter la perception et l'évaluation des situations, de soi et des autres.

Par ailleurs, plusieurs liens peuvent être faits entre les différents schémas existants et les dimensions de la perspective temporelle ; ces liens sont illustrés dans la **figure 6**. Cependant, aucune littérature théorique ou empirique ne s'est intéressée au lien entre ces deux concepts. Au regard de l'implication des SPI dans les troubles dépressifs, il serait pertinent de s'intéresser au lien entre perspective temporelle et SPI auprès d'individus cliniquement déprimés.

**Figure 6.** Synthèse des liens qui peuvent être faits entre les schémas précoces inadaptés et les dimensions de la perspective temporelle.



#### Chapitre 4 : synthèse

- La littérature suggère que la perspective temporelle pourrait être impliquée dans la dépression. Cependant, nous en savons très peu sur les **aspects du fonctionnement psychologique impliqués dans la PT**, et notamment sur les **mécanismes qui pourraient être impliqués dans la relation entre PT et dépression**.
- Le coping comme les schémas précoces inadaptés sont tous deux connus pour être impliqués dans les **troubles dépressifs**.
- Plusieurs arguments théoriques supportent l'idée d'un **lien entre perspective temporelle et coping**, et les données de la littérature scientifiques tendent à confirmer ce lien ; cependant les études demeurent rares, comportent plusieurs limites, et aucune d'entre elles n'a été réalisée en santé mentale.
- Il existe de nombreuses **similitudes conceptuelles** entre la perspective temporelle et les schémas précoces inadaptés, mais **aucune étude empirique** n'a été réalisée afin de les étudier.
- Il apparaît ainsi pertinent **d'investiguer le lien entre PT, coping et schémas précoces inadaptés auprès d'une population d'individus cliniquement déprimés** ; cela afin de mieux mettre en lumière les **aspects du fonctionnement psychologique impliqués dans ou par la perspective temporelle**, et notamment **au regard des troubles dépressifs**.

## DEUXIEME PARTIE

---

# **Méthodologie de la recherche**

---



# 1. Problématique, objectifs et hypothèses

## 1.1. Problématique et objectifs

La dépression est un enjeu de santé majeur dont il apparaît nécessaire de mieux comprendre les mécanismes sous-jacents. Parmi ces mécanismes potentiels, le rapport au passé, présent et futur est souvent évoqué indirectement dans la littérature : par l'intermédiaire de la mémoire autobiographique et prospective, des ruminations, ou encore de la notion de pessimisme.

En effet, les patients déprimés auraient tendance à se focaliser sur les expériences négatives du passé et à généraliser leurs souvenirs, à avoir une vision sombre et pessimiste du futur, et à avoir des préoccupations répétitives et intrusives sur les événements du passé, du présent et du futur.

Le concept de perspective temporelle, s'intéressant au rapport qu'entretient un individu avec les trois dimensions temporelles (passé, présent, futur), apparaît comme particulièrement intéressant afin de mieux appréhender le rapport au temps dans la dépression.

Bien que, dans la littérature, la perspective temporelle semble associée à la symptomatologie dépressive, ce concept n'a été que très peu étudié dans le cadre des troubles mentaux, et une seule étude a été conduite auprès de patients déprimés.

**Objectif de l'axe 1.** Ainsi, le premier axe de ce travail de thèse s'attachera à investiguer les spécificités de la perspective temporelle chez les patients déprimés, et à les comparer à des individus non-déprimés issus de la population générale. Par ailleurs, nous proposons d'investiguer les liens entre la perspective temporelle et les symptômes dépressifs et anxieux au sein de ces deux groupes. Cela nous permettra d'appréhender les liens entre perspective temporelle et symptômes dépressifs et anxieux aussi bien auprès de patients déprimés que d'individus sains.

De plus, il apparaît nécessaire de s'interroger sur l'intérêt de la perspective temporelle lors de la prise en charge thérapeutique de ces patients. Malgré l'émergence d'une thérapie focalisée sur les biais temporels auprès de patients souffrant de stress post-traumatique, nous n'avons aucune indication quant à l'efficacité des thérapies déjà couramment utilisées dans la dépression pour modifier le profil temporel.

Pourtant, au regard du fonctionnement de certains types de thérapies, et notamment des thérapies comportementales et cognitives et de type pleine conscience, nous pouvons imaginer que celles-ci seraient à même d'agir sur les dimensions de la perspective temporelle.

**Objectif de l'axe 2.** Ainsi, nous proposons d'investiguer dans un deuxième axe l'évolution du profil temporel de patients déprimés avant et après thérapie. Nous évaluerons l'effet de deux thérapies sur le profil temporel : une thérapie de type TCC, et une thérapie pleine conscience de type MBCT.

Enfin, nous savons que les troubles dépressifs peuvent s'accompagner de l'utilisation de stratégies de coping dysfonctionnelles, et de la présence de schémas précoces inadaptés. L'un comme l'autre participeraient à l'émergence et au maintien des troubles dépressifs.

Au regard des éléments théoriques et empiriques que la littérature nous apporte sur la perspective temporelle, plusieurs arguments se dégagent et permettent d'envisager que la perspective temporelle pourrait être en lien avec le coping et les schémas précoces inadaptés.

**Objectif de l'axe 3.** Ainsi, nous proposons d'étudier dans un troisième axe les liens qu'entretiennent les dimensions de la perspective temporelle avec les stratégies de coping et les schémas précoces inadaptés, auprès d'individus déprimés. Cela pourrait permettre de mieux comprendre les aspects du fonctionnement psychologique impliqués par ou dans la perspective temporelle, et qui pourraient agir dans le lien qu'elle entretient avec la dépression.

Ainsi, trois questions distinctes se dégagent dans les trois axes de notre étude :

**AXE 1**

Quelles sont les spécificités de la perspective temporelle chez les individus déprimés, en comparaison d'individus non-déprimés ?  
Et quels sont les liens entre la perspective temporelle et les symptômes anxieux et dépressifs ?

**AXE 2**

Comment est-ce que la perspective temporelle de patients déprimés évolue au cours d'une thérapie, qu'elle soit de type TCC ou de type pleine conscience ?

**AXE 3**

Quels sont les liens que la perspective temporelle entretient avec les stratégies de coping et les schémas précoces inadaptés chez des patients déprimés ?

**Etude complémentaire.** La littérature sur la perspective temporelle souligne l'importance de la notion de profil. Afin de contribuer à cette littérature encore lacunaire, une étude complémentaire exploratoire sera réalisée et consistera à mener une approche en profils afin d'identifier des regroupements d'individus issus de la population générale selon leur orientation à chaque dimension de la perspective temporelle, puis de les comparer selon nos autres variables.

## 1.2. Hypothèses

### 1.2.1. Hypothèses de l'axe 1 : perspective temporelle et dépression

**Hypothèse générale 1 :** les patients déprimés auraient un profil temporel significativement altéré et déséquilibré en comparaison des participants non-déprimés.

- **H1a.** Les patients déprimés auraient des scores aux dimensions *passé négatif* et *présent fataliste* plus élevés que les participants non-déprimés.
- **H1b.** Les patients déprimés auraient des scores aux dimensions *présent hédoniste*, *passé positif* et *futur* plus faibles que les participants non-déprimés.
- **H1c.** Les patients déprimés auraient un profil temporel significativement plus déséquilibré, c'est-à-dire plus éloigné du profil temporel optimal (*Balanced Time Perspective*), que les participants non-déprimés.

**Hypothèse générale 2 :** les symptômes dépressifs et anxieux seraient significativement associés aux dimensions de la perspective temporelle et à l'équilibre du profil temporel (BTP).

- **H2a.** Les dimensions *passé négatif* et *présent fataliste* seraient positivement associées aux scores d'anxiété et de dépression.
- **H2b.** Les dimensions *présent hédoniste*, *passé positif* et *futur* seraient négativement associées aux scores d'anxiété et de dépression.
- **H2c.** Des scores plus élevés d'anxiété et de dépression seraient positivement associés à un profil temporel plus déséquilibré (plus éloigné de la BTP).

### 1.2.2. Hypothèses de l'axe 2 : perspective temporelle et thérapie

**Hypothèse générale 3 :** le profil temporel des patients déprimés serait amélioré après une thérapie comportementale et cognitive.

- **H3a.** Les scores de *passé négatif* et de *présent fataliste* seraient plus faibles après une thérapie de type comportementale et cognitive
- **H3b.** Les scores d'orientation vers le *futur* et de *présent hédoniste* seraient plus élevés après une thérapie de type comportementale et cognitive

**Hypothèse générale 4 :** le profil temporel des patients déprimés serait amélioré après une thérapie de type pleine conscience.

- **H4a.** Les scores de *passé négatif* et de *présent fataliste* seraient plus faibles après une thérapie de type pleine conscience
- **H4b.** Les scores d'orientation vers le *futur* seraient plus élevés après une thérapie de type pleine conscience
- **H4c.** Le profil temporel des patients serait plus équilibré (plus proche de la BTP) après une thérapie de type pleine conscience.

### 1.2.3. Hypothèses de l'axe 3 : perspective temporelle, coping et schémas précoces inadaptés

**Hypothèse générale 5 :** les dimensions de la perspective temporelle ainsi que l'équilibre du profil temporel seraient associées aux stratégies de coping.

- **H5a.** Les scores aux dimensions *passé négatif* et *présent fataliste* prédiraient positivement l'utilisation de stratégies de coping émotionnelles et évitantes ; elles prédiraient négativement l'utilisation de stratégies de coping orientées vers la tâche.
- **H5b.** Les scores aux dimensions *passé positif* et *futur* prédiraient positivement l'utilisation de stratégies de coping orientées vers la tâche ; elles prédiraient négativement l'utilisation de stratégies émotionnelles et évitantes.
- **H5c.** Les scores à la dimension *présent hédoniste* prédiraient positivement l'utilisation de stratégies évitantes.

- **H5d.** Une perspective temporelle plus équilibrée (plus proche de la BTP) prédirait positivement l'utilisation de stratégies orientées vers la tâche, et négativement l'utilisation de stratégies émotionnelles et évitantes.

**Hypothèse générale 6 :** les dimensions de la perspective temporelle et l'équilibre du profil temporel seraient associées aux schémas précoces inadaptés.

- **H6a.** Les scores aux dimensions *passé négatif* et *présent fataliste* seraient associés positivement aux schémas précoces inadaptés liés à une carence dans le manque d'autonomie (*dépendance, manque d'individuation, vulnérabilité à l'inconnu, peur de perdre le contrôle*), dans la valeur personnelle (*impossibilité d'être aimé, indésirabilité sociale, échec, culpabilité, honte*), et dans le lien à l'autre (*déprivation affective, abandon, méfiance, isolement social*).
- **H6b.** Les scores aux dimensions *passé positif* et *futur* seraient associés négativement à ces mêmes schémas.
- **H6c.** Les scores d'orientation vers le *futur* seraient associés positivement au schéma *standards intransigeants*, et négativement au schéma *droits et limites insuffisants*.
- **H6d.** Les scores à la dimension *présent hédoniste* seraient associés positivement au schéma *droits et limites insuffisants*, et négativement au schéma *standards intransigeants*.
- **H6e.** Les schémas précoces inadaptés seraient associés positivement à un profil temporel plus déséquilibré (plus éloigné de la BTP).



## 2. Méthode

### 2.1. Population

#### 2.1.1. Procédure de recrutement et d'inclusion

##### 2.1.1.1. Groupe clinique : patients déprimés

Les patients du groupe clinique ont été recrutés au sein du Centre des Maladies Mentales et de l'Encéphale (C.M.M.E) du Centre Hospitalier Sainte-Anne, et au sein du Centre de la dépression, entre janvier 2017 et avril 2019, à Paris. Chaque patient diagnostiqué pour un Episode Dépressif Caractérisé selon les critères du DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013) par le psychiatre et correspondant aux critères d'inclusion se voyait proposer une participation à l'étude. L'entretien diagnostique avec le psychiatre comportait la passation du MINI (Lecrubier et al., 1998).

Les patients qui acceptaient de participer laissaient leurs coordonnées, et je les recontactais ultérieurement afin de convenir d'un rendez-vous pour leur présenter l'étude. Tous les rendez-vous avec les patients ont été réalisés au moment le plus arrangeant pour eux, c'est-à-dire généralement avant ou après une de leur consultation au sein de la structure afin de leur éviter un déplacement supplémentaire. Au cours de cette première rencontre, les objectifs et le déroulement de l'étude étaient expliqués oralement au patient, puis une lettre d'information détaillée leur était remise<sup>2</sup>. Après un délai de réflexion, les participants qui étaient d'accord signaient un formulaire de consentement éclairé<sup>3</sup> en deux exemplaires (un pour eux, un pour moi).

##### 2.1.1.2. Groupe contrôle : participants non-déprimés issus de la population générale

Les participants issus de la population générale ont été recrutés en ligne sur des réseaux sociaux et des forums. Nous avons ciblé des groupes facebook et des forums variés, afin de s'assurer d'avoir un échantillon le plus représentatif possible de la population générale (groupes de recherche d'appartement, d'achats et de vente de mobilier, de participation à des événements festifs et culturels, d'adoption d'animaux de compagnie, dans toute la France). Chaque participant qui cliquait sur le lien accédait à la plateforme en ligne *Limesurvey*, qui permet une garantie de confidentialité.

---

<sup>2</sup> Voir annexe 1

<sup>3</sup> Voir annexe 2

Après avoir lu la note d'information<sup>4</sup> et accepté le formulaire de consentement éclairé<sup>5</sup> par signature électronique, les participants répondaient dans un premier temps à des questions investiguant des données socio-démographiques et médico-psychologiques. Dans un second temps, ils répondaient à une version auto-administrée du MINI pour l'évaluation de l'Episode Dépressif Majeur (Module A). Enfin, ils répondaient aux mêmes auto-questionnaires que les patients déprimés, sous forme électronique. En début et en fin de passation, mon mail professionnel était disponible afin que les participants qui le souhaitent puissent me contacter pour d'éventuelles questions sur l'étude.

Parmi ces participants recrutés en population générale, une sous-partie d'entre eux ont été sélectionnés afin de constituer un groupe contrôle, selon les critères d'inclusion et de non inclusion explicités ci-dessous et de façon à obtenir un échantillon comparable à celui des patients déprimés (en termes d'âge, de sexe et de critères socio-démographiques).

## **2.1.2. Critères d'inclusion, de non inclusion et d'exclusion**

### **2.1.2.1. Critères communs au groupe clinique et au groupe contrôle**

#### *CRITERES D'INCLUSION*

Tous les participants devaient remplir les critères d'inclusion suivant :

- Avoir entre 18 et 65 ans
- Parler couramment la langue française

#### *CRITERES DE NON INCLUSION*

Les participants n'étaient pas inclus dans les groupes s'ils présentaient les critères suivants :

- Avoir été diagnostiqué d'une maladie grave potentiellement létale (eg : cancer), dégénérative (eg : sclérose en plaques) ou significativement handicapante (eg : perte de la mobilité d'une partie du corps)
- Avoir vécu, depuis moins d'un an, un événement de vie majeur positif (eg : accès à la parentalité) ou négatif (eg : décès ou maladie grave d'un proche, accident ou agression ayant mis en danger la vie du participant)

---

<sup>4</sup> Voir annexe 3

<sup>5</sup> Voir annexe 4

### **2.1.2.2. Critères du groupe clinique (patients déprimés)**

#### *CRITERES D'INCLUSION*

Les participants du groupe clinique devaient remplir le critère d'inclusion suivant :

- Avoir été diagnostiqué d'un Episode Dépressif Caractérisé (EDC) par le psychiatre, selon les critères du DSM 5 (APA, 2013)

#### *CRITERES DE NON INCLUSION*

Les participants du groupe clinique n'étaient pas inclus dans l'étude s'ils présentaient le critère suivant :

- Comorbidité psychiatrique majeure (eg : troubles psychotiques, addictions)

Le diagnostic de dépression et l'absence de comorbidité psychiatrique majeure étaient évalués préalablement lors d'une consultation avec un psychiatre qui comportait la passation complète du MINI.

#### *CRITERES D'EXCLUSION*

Les participants du groupe clinique étaient exclus de l'étude s'ils présentaient les critères suivants :

- Score de dépression inférieur au score seuil de dépression modérée (score inférieur à 7 à *l'Inventaire abrégé de Dépression de Beck*)

### **2.1.2.3. Critères du groupe contrôle (participants non-déprimés)**

A partir des participants issus de la population générale, un groupe contrôle a été constitué.

#### *CRITERES D'INCLUSION*

Les participants issus de la population générale étaient inclus dans le groupe contrôle s'ils présentaient le critère suivant :

- Présenter des scores inférieurs aux scores seuils de dépression légère à *l'Inventaire abrégé de Dépression de Beck* (inférieurs à 4)

**CRITERES DE NON INCLUSION**

Les participants issus de la population générale n'étaient pas inclus dans le groupe contrôle s'ils présentaient les critères suivants :

- Avoir été diagnostiqué, traité ou hospitalisé pour un trouble psychiatrique majeur (y compris les troubles dépressifs).
- Correspondre aux critères d'un Episode Dépressif Majeur (évalué par une version adaptée du module A Episode Dépressif Majeur du MINI en auto-questionnaire)

**Tableau 4.** Récapitulatif de la procédure de recrutement pour chaque groupe

	<b>Groupe clinique</b>	<b>Groupe contrôle</b>
<b>Lieux de recrutement</b>	Centre Hospitalier Sainte-Anne et Centre de la dépression	En ligne (forums, réseaux sociaux), issus de la population générale
<b>Critères d'inclusion</b>	18-65 ans Maîtrise de la langue française Diagnostic EDC par un psychiatre Critères EDC MINI BDI > 7	18-65 ans Maîtrise de la langue française BDI <4
<b>Critères de non inclusion</b>	Maladie grave, potentiellement létale, dégénérative ou significativement handicapante Evènement de vie majeur <1 an Comorbidité psychiatrique (évaluée par un psychiatre au cours d'un entretien incluant la passation du MINI)	Maladie grave, potentiellement létale, dégénérative ou significativement handicapante Evènement de vie majeur <1 an Diagnostic, traitement ou hospitalisation pour un trouble psychiatrique (troubles dépressifs compris) Correspondre aux critères d'un épisode dépressif (version auto- administrée du module A du MINI)

## 2.2. Matériel

La description détaillée des éléments de cotation et la répartition des items dans les dimensions des questionnaires est disponible en annexe<sup>6</sup>.

### 2.2.1. Questionnaire socio-démographique et médico-psychologique<sup>7</sup>

Un questionnaire investiguant des données socio-démographiques et médico-psychologiques a été conçu pour les besoins de l'étude. Pour les patients déprimés, les questions étaient posées lors d'un entretien préalable d'une durée approximative de dix minutes. Pour les participants répondant en ligne, ces questions ont été proposées sous la forme d'un auto-questionnaire en début de passation.

Les domaines suivants étaient évalués :

- **Caractéristiques socio-démographiques** : âge, genre, français courant, situation familiale et professionnelle, niveau d'étude, enfants (oui/non).
- **Informations médicales** : traitement médicamenteux actuel, grossesse actuelle, diagnostic de maladie grave ou chronique, tabagisme, consommation d'alcool et de substances psychoactives.
- **Antécédents psychologiques** : antécédents de diagnostic, de traitement pharmacologique et d'hospitalisation pour un trouble dépressif ou pour un autre trouble psychiatrique, suivis thérapeutiques actuels et antérieurs, événements de vie marquants datant de moins d'un an.

---

<sup>6</sup> Voir annexe 5

<sup>7</sup> Voir annexe 6

### **2.2.2. Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I) (DSM IV) – Version française 5.0.0 – Module A (Sheehan et al., 1998)<sup>8</sup>**

Le M.I.N.I (DSM-IV) est un entretien diagnostique structuré, d'une durée de passation de 18,7 minutes en moyenne. Il permet au professionnel d'explorer, de façon standardisée, les principaux troubles psychiatriques de l'Axe 1 du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Le M.I.N.I est divisé en modules identifiés par des lettres ; chaque module correspondant à une catégorie diagnostique. Au sein de chaque module sont présentées plusieurs questions que le praticien doit poser au patient. Chaque question correspond à un critère issu du DSM-IV, et chaque réponse du patient doit être cotée. Au début de chaque module sont présentés les critères principaux du trouble ; si ces critères ne sont pas remplis, le clinicien ne poursuit pas le module. A la fin du module, le praticien indique si les critères diagnostiques sont atteints.

Les patients déprimés du groupe clinique ont passés l'intégralité du M.I.N.I lors d'un entretien préalable avec un psychiatre, afin d'établir le diagnostic d'épisode dépressif et de s'assurer de l'absence de comorbidité psychiatrique majeure. Cette passation du M.I.N.I pour les patients déprimés avait lieu en amont de l'étude, et faisait partie de la prise en charge thérapeutique au sein du service (et non de notre protocole de recherche).

Les participants issus de la population générale, recrutés en ligne, ont passés le module A (Episode Dépressif Majeur). Pour ces participants répondant en ligne, une version adaptée de ce module a été créé afin de permettre une passation en auto-évaluation. En effet, d'après l'étude de Sheehan et ses collaborateurs (1997), la concordance entre la version hétéro-évaluative et auto-évaluative pour le Module A du MINI est bonne (0.60-0.74), ce qui rendait pertinente l'utilisation de cet outil en auto-questionnaire dans l'objectif de discriminer les participants issus de la population générale qui seraient potentiellement déprimés, afin de ne pas les inclure dans le groupe contrôle.

Les questions posées par le clinicien lors d'un entretien structuré ont été transformées en auto-questionnaire ; les formulations exactes ont été reprises du M.I.N.I. Lorsque le participant répondait « non » aux critères principaux, les autres questions ne s'affichaient pas et le participant passait directement au questionnaire suivant.

---

<sup>8</sup> Voir annexe 7

### 2.2.3. Questionnaire de perspective temporelle de Zimbardo (ZTPI)<sup>9</sup> et mesure de la *Deviation from Balanced Time Perspective* (DBTP)

Le questionnaire de perspective temporelle de Zimbardo (*Zimbardo Time Perspective Inventory*) (ZTPI) a été créé par Zimbardo et Boyd en 1999. Il s'agit d'un auto-questionnaire dimensionnel, destiné à évaluer le rapport aux trois registres temporels (passé, présent, futur) et l'attitude à l'égard de chaque registre. Cet outil a été traduit et validé en français par Apostolidis et Fieulaine (2004).

A chaque item, les participants répondent sur une échelle de Likert en 5 points, de « pas du tout caractéristique » à « tout à fait caractéristique ». Il est composé de 54 items dans la version française, répartis en 5 dimensions. Le score à chaque dimension est calculé en faisant la moyenne des items à cette dimension, et peut varier de 1 à 5 pour chaque dimension.

- La dimension « **passé positif** » qui correspond à une vision positive, chaleureuse et nostalgique du passé (exemples : « *le fait de penser à mon passé me donne du plaisir* », item 7 ; « *j'ai la nostalgie de mon enfance* », item 28). Elle est composée de 8 items.
- La dimension « **passé négatif** », qui correspond à une vision négative et aversive du passé (exemples : « *je pense souvent à ce que j'aurais dû faire autrement dans ma vie* », item 4 ; « *il m'est difficile d'oublier des images désagréables de ma jeunesse* », item 33). Elle est composée de 9 items.
- La dimension « **présent fataliste** », qui correspond à une attitude fataliste et résignée face à la vie (exemples : « *puisque ce qui doit arriver arrivera, peu importe vraiment ce que je fais* », item 14 ; « *le destin détermine beaucoup de choses dans ma vie* », item 3). Elle est composée de 9 items.
- La dimension « **présent hédoniste** », qui correspond à une attitude hédoniste et de prise de risque par rapport à la vie ; c'est à dire au fait de vouloir se concentrer sur les expériences du moment présent, de valoriser les expériences de plaisir immédiat en accordant peu de considération aux conséquences futures (exemples : « *c'est important de mettre de l'excitation dans ma vie* », item 25 ; « *mon idéal serait de vivre chaque jour comme si c'était le dernier* », item 18). Elle est composée de 15 items.

---

<sup>9</sup> Voir annexe 8

- La dimension « *futur* », qui correspond à une position tournée vers l'avenir et vers des buts, avec une tendance à planifier les événements futurs et une volonté de faire aboutir ses objectifs (exemples : « *je fais aboutir mes projets à temps, en progressant étape par étape* », item 38 ; « *je suis capable de résister aux tentations quand je sais qu'il y aura du travail à faire* » ; item 43). Elle est composée de 13 items.

### **Opérationnalisation des scores de *Balanced Time Perspective* (BTP)**

Pour rappel, la *Balanced Time Perspective* correspond au profil temporel optimal, idéalement équilibré, décrit par Zimbardo et Boyd (2008). Afin de définir ce profil temporel le plus adaptatif, ils proposent la répartition suivante : un haut score de *passé positif*, des scores modérés d'orientation vers le *futur* et de *présent hédoniste*, et des scores faibles de *passé négatif* et de *présent fataliste*.

Ainsi, l'opérationnalisation de la BTP permet de définir à quel point la perspective temporelle de chaque participant est équilibrée. Pour se faire, plusieurs méthodes ont été utilisées dans la littérature. Drake et al. (2008) utilisent la méthode des cutt-off, consistant à catégoriser chaque dimension de la perspective temporelle chez un participant comme faible, moyenne ou élevée. Boniwell et al. (2010) proposent de regrouper les participants dans des clusters basés sur les cinq dimensions de la perspective temporelle, afin de définir les individus avec un profil de type BTP.

Enfin, Stolarski et al. (2011) utilisent la *Deviation from a Balanced Time Perspective* (DBTP), c'est-à-dire un coefficient mesurant à quel point le profil temporel des participants est éloigné du profil temporel optimal décrit par Zimbardo et Boyd (2008). En d'autres termes, il s'agit d'une mesure du déséquilibre du profil temporel.

Il s'agit d'une méthode particulièrement intéressante : d'une part, sa valeur prédictive est plus élevée que les autres méthodes utilisées dans la littérature (Zhang, Howell & Stolarski, 2013 ; Stolarski et al., 2011). D'autre part, elle permet de refléter de façon plus adéquate la nature de la BTP, c'est-à-dire de déterminer à quel point le profil temporel d'un individu est proche du profil temporel optimal.

Afin de définir la BTP, nous nous sommes basés sur les coefficients utilisés par Stolarski et al. (2011), qui s'appuient eux-mêmes sur les propositions de Zimbardo et Boyd (cf. [www.thetimeparadox.com/surveys](http://www.thetimeparadox.com/surveys)) : un haut score de *passé positif* à 4.60, des scores modérés au *présent hédonisme* et au *futur* avec respectivement 3.90 et 4.00, et des scores faibles au *passé négatif* et au *présent fataliste*, avec respectivement 1.95 et 1.50.

Les scores de DBTP sont calculés grâce à la formule suivante :

$$DBTP = \sqrt{\frac{(oPN - ePN)^2 + (oPP - ePP)^2 + (oPF - ePF)^2}{+(oPH - ePH)^2 + (oF - eF)^2}}$$

oPN désigne le score optimal de *passé négatif*, et ePN désigne le score empirique du participant au *passé négatif*. Ainsi, oPN – ePN renvoi à l'écart entre le score empirique du participant et le score optimal sur cette dimension. Cette procédure est répétée pour chaque dimension de la perspective temporelle. Enfin, la somme des carrés permet d'obtenir une distribution normale.

Un score de DBTP à 0 correspondrait alors à une perspective temporelle optimale, parfaitement équilibrée ; une idée bien entendue qui demeure théorique. A l'inverse, plus le score de DBTP est important, plus le profil temporel est déséquilibré, éloigné de la BTP.

#### 2.2.4. Inventaire abrégé de dépression de Beck (BDI-13)<sup>10</sup>

L'inventaire abrégé de dépression (*Short form of the Beck Depression Inventory*) (BDI-13) a été développé par Beck (1961, 1972). Il est destiné à évaluer l'intensité des symptômes dépressifs. Plus spécifiquement, l'échelle évalue les symptômes suivants : humeur dépressive, pessimisme, sentiment d'échec, manque de satisfaction, culpabilité, auto-dépréciation, auto-agressivité, retrait social, indécision, dysmorphophobie, difficultés de concentration, fatigue et perte d'appétit (Groth-Marnat, 1990). L'outil a été traduit en français par Delay en 1963.

Il s'agit de la mesure subjective de dépression la plus utilisée, facile à administrer, et qui a l'avantage de permettre une passation rapide. Le BDI 13 est moins complet, par définition, que la version à 21 items, mais son temps de passation raccourci nous a permis de l'intégrer dans un protocole long, au sein duquel les participants passaient déjà une évaluation des troubles dépressifs par l'intermédiaire du Module A du MINI. De plus, cette version en treize items du BDI est fortement corrélée au score total du BDI à 21 items (.93 - .94) (Reynolds & Gould, 1981 ; Beck et al., 1974 ; Beck & Beamesderfer, 1974), et possède un alpha de Cronbach allant de .78 à .97 dans la littérature (Beck et al., 1974 ; Beck & Beamesderfer, 1974).

Il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation, remplie par le participant. L'échelle est composée de 13 items. A chaque item, 4 phrases sont proposées au participant qui doit indiquer

<sup>10</sup> Voir annexe 9

la proposition qui correspond le mieux à son état actuel. Chaque phrase correspond à un degré d'intensité du symptôme, de 0 à 3. La note globale est obtenue en additionnant les scores des 13 items. L'étendue de l'échelle varie de 0 à 39 ; plus la note globale est élevée, plus le participant est déprimé.

Beck et Beamesderfer (1974) ont retenus différents seuils de gravité :

**0-4** : pas de dépression                      **4-7** : dépression légère  
**8-15** : dépression modérée                **16 et plus** : dépression sévère

### 2.2.5. Le questionnaire d'anxiété état-trait de Spielberger (STAI-Y)<sup>11</sup>

Le questionnaire d'anxiété état-trait de Spielberger (*State-Trait Anxiety Inventory*) (STAI-Y) a été créé par Spielberger en 1993. Cet outil a été traduit et validé en français par Bruchon-Schweitzer et Paulhan en 1993. Il s'agit d'un auto-questionnaire qui évalue les manifestations anxieuses par l'intermédiaire de deux échelles distinctes :

- **L'échelle d'anxiété-état** (STAI A), qui correspond à l'anxiété momentanée, à l'état actuel du participant au moment de la passation. Les participants sont invités à indiquer ce qui correspond le mieux à ce qu'ils ressentent à l'instant, « *juste en ce moment* », en fonction de leurs sentiments actuels (« *je me sens calme* », « *je suis tendu(e), crispé(e)* », « *je suis inquiet(e), soucieux(se)* »). Ils répondent sur une échelle de Likert en 4 points (non, plutôt non, plutôt oui, oui).
- **L'échelle d'anxiété-trait** (STAI B), qui correspond à l'anxiété habituelle, en tant que disposition stable. Les participants sont invités à indiquer ce qui correspond le mieux à ce qu'ils ressentent généralement, en fonction de leurs sentiments habituels (« *je me sens de bonne humeur, aimable* », « *je me sens nerveux(s), agité(e)* », « *je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté* »). Ils répondent sur une échelle de Likert en 4 points (presque jamais, parfois, souvent, presque toujours).

Chaque échelle est composée de 20 items. Le score à chaque échelle correspond à la somme des scores aux items de l'échelle, les deux échelles A et B étant cotées séparément. Les scores à chaque échelle peuvent aller de 20 à 80. Plus le score est élevé, plus les participants sont anxieux au moment de la passation (échelle A), ou ont tendance à être anxieux au quotidien (échelle B).

<sup>11</sup> Voir annexe 10

### 2.2.6. L'inventaire de coping de situations stressantes (CISS)<sup>12</sup>

L'inventaire de coping de situations stressantes (*Coping Inventory for Stressful Situations*) (CISS) a été créé par Endler et Parker en 1990 et adapté en français par les mêmes auteurs en 1998. Il s'agit d'un auto-questionnaire destiné à évaluer les stratégies de coping, c'est à dire les manières habituelles de faire face aux situations stressantes. Il est composé de 48 items, répartis en trois échelles :

- **Le coping orienté vers la tâche** (16 items), qui correspond à des efforts pour résoudre le problème (« *mettre sur pieds un ensemble de solutions différentes au problème* ») et structurer le problème sur le plan cognitif (« *m'efforcer d'analyser la situation* »).
- **Le coping orienté vers l'émotion** (16 items), qui correspond à des réactions émotionnelles face au stress engendré par la situation (« *me sentir anxieux(se) de ne pas pouvoir surmonter le problème* », « *me mettre en colère* »).
- **Le coping orienté vers l'évitement** (16 items), qui correspond à des activités comportementales ou cognitives visant à éviter la situation stressante. Cette échelle est elle-même composée de deux sous-échelles :
  1. Le coping « **distraction** » (8 items), qui correspond à des activités destinées à se distraire de la situation (« *aller me promener* », « *faire du lèche-vitrines, du shopping* »)
  2. Le coping « **diversion sociale** » (8 items), qui correspond à une distraction orientée vers autrui (« *rendre visite à un(e) ami(e)* », « *essayer de me retrouver en compagnie d'autres personnes* »)

Le CISS porte sur les réactions que le participant a habituellement, de façon générale, face à des situations stressantes. Pour chaque item, le participant répond sur une échelle de Likert en 5 points (de « *pas du tout* » à « *beaucoup* »). Le score à chaque échelle est obtenu en additionnant les réponses des items aux échelles. Pour chaque échelle, le score global peut varier de 16 à 80, et il peut varier de 8 à 40 pour les sous-échelles *distraction* et *diversion sociale*.

La version américaine a été validée auprès de 238 étudiants en classe préparatoire (Endler & Parker, 1990). La fidélité test-retest a été vérifiée sur un intervalle de six semaines,

---

<sup>12</sup> Voir annexe 11

et permet d'observer des coefficients de fidélité satisfaisants, notamment pour le coping centré sur la tâche et pour le coping centré sur l'émotion (coefficient supérieur à 0,68 pour les hommes et les femmes).

La version française a été validée auprès de 2772 participants en contexte professionnel (Endler & Parker, 1998). L'échantillon était composé de 1813 hommes et 959 femmes, appartenant à une diversité de secteurs d'activités (santé, enseignement, sécurité, armée, travail social, etc.). La validité de structure interne de la version française du CISS a été vérifiée par une analyse factorielle confirmatoire sur l'ensemble de l'échantillon, permettant de confirmer la structure de l'outil :

- Les coefficients de saturation sont supérieurs à 0,30 sur les axes attendus.
- Les facteurs sont indépendants entre eux, et les sous-échelles de la dimension « évitement » (distraction et diversion sociale) sont fortement corrélées entre elles ( $r=0,55$ ).

### 2.2.7. L'Inventaire des Schémas de Young (YSQ)<sup>13</sup>

L'inventaire des schémas de Young (1990) (*Young Schema Questionnaire*) (YSQ) a été traduit en français par Cottraux et Blackburn en 1995. Il s'agit d'un inventaire répertoriant les schémas précoces inadaptés existants, qui n'a pas pour objectif initial d'avoir une valeur psychométrique et qui n'a pas été conçu comme un instrument de mesure. Cependant, chaque item peut être coté entre 1 et 6, permettant ainsi de mesurer la valeur que le patient accorde à chaque proposition.

Chaque item correspond à une affirmation. Pour chaque affirmation, les participants sont invités à répondre selon ce qu'ils ressentent émotionnellement, et non pas selon ce qu'ils pensent rationnellement.

Ils répondent selon ce qui les décrit le mieux au cours de leur vie, selon l'échelle suivante :

1. Cela ne m'a jamais correspondu tout au long de ma vie.
2. Cela a été vrai pour une période de ma vie, mais non pas la plupart du temps.
3. Cela me concerne en ce moment-même, mais généralement ne m'a pas concerné durant ma vie.
4. Assez vrai pour moi durant la plupart de ma vie.

---

<sup>13</sup> Voir annexe 12

5. Tout à fait vrai pour moi la majeure partie de ma vie.
6. Me décrit parfaitement tout au long de ma vie.

L'inventaire comporte 123 items répartis en quatre dimensions, chacune présentant elle-même plusieurs sous dimensions :

- **Autonomie**, dont les sous-dimensions sont : *dépendance* (6 items), *manque d'individuation* (14 items), *vulnérabilité à l'inconnu/à la maladie* (11 items), *peur de perdre le contrôle de soi* (8 items).
- **Lien**, dont les sous-dimensions sont : *déprivation affective* (9 items), *abandon* (6 items), *méfiance* (10 items), *isolement social* (5 items).
- **Valeur**, dont les sous-dimensions sont : *impossibilité d'être aimé* (5 items), *indésirabilité sociale* (8 items), *échec* (9 items), *culpabilité/punition* (8 items), *honte/embarras* (5 items)
- **Limites et standards**, dont les sous-dimensions sont : *standards intransigeants* (11 items), *droits/limites insuffisantes* (8 items)

L'inventaire comporte ainsi 15 sous-dimensions, représentant 15 scores distincts. Pour chaque sous-dimension, le score est le résultat de l'addition des valeurs de chaque item.

Ci-dessous est présenté un exemple d'item pour chacune des sous-dimensions :

Dépendance	« <i>Je ne me sens pas capable de me débrouiller par moi-même</i> » (item 1)
Manque d'individuation	« <i>Je place les besoins des autres avant les miens</i> » (item 10)
Vulnérabilité à l'inconnu/à la maladie	« <i>Il me semble que je ne peux pas échapper au sentiment que quelque chose va mal se passer</i> » (item 21)
Peur de perdre le contrôle de soi	« <i>J'ai peur de perdre le contrôle de mes actions</i> » (item 32)
Déprivation affective	« <i>Personne n'est là pour répondre à mes besoins</i> » (item 40)
Abandon	« <i>Je crains que les gens dont je me sens proche vont me quitter ou m'abandonner</i> » (item 52)

Méfiance	« <i>Ce n'est qu'une question de temps jusqu'à ce que quelqu'un me trahisse</i> » (item 61)
Isolement social	« <i>Je me sens isolé et seul</i> » (item 69)
Impossibilité d'être aimé	« <i>Je ne suis pas digne de l'amour, de l'attention et du respect des autres</i> » (item 74)
Indésirabilité sociale	« <i>Les gens ne veulent pas me recevoir dans leurs cercles</i> » (item 82)
Echec	« <i>J'échoue presque tout ce que j'entreprends</i> » (item 86)
Culpabilité/punition	« <i>Je me sens très coupable des erreurs que j'ai commises</i> » (item 97)
Honte/embarras	« <i>Je me sens humilié par mes échecs et mes erreurs</i> » (item 100)
Standards intransigeants	« <i>Je dois montrer le meilleur de moi-même la plupart du temps</i> » (item 107)
Droits/limites insuffisantes	« <i>Je déteste être contraint ou qu'on m'empêche de faire ce que je veux</i> » (item 119)

## 2.3. Procédure de la recherche

Cette étude comportait trois étapes d'évaluation.

1. La première étape d'évaluation concernait tous les participants, c'est-à-dire les patients déprimés et les participants issus de la population générale. Elle consistait en une première passation de tous les auto-questionnaires.
2. La seconde d'évaluation consistait en un entretien de recherche semi-structuré, et concernait uniquement 10 patients déprimés (groupe clinique) et 10 participants non-déprimés issus de la population générale (groupe contrôle). Cependant, les données issues de ces entretiens n'ont pas été incluses dans ce travail de thèse.
3. La troisième étape d'évaluation concernait uniquement des patients du groupe clinique, et a eu lieu après un suivi thérapeutique de groupe de 4 mois. A l'issue de ce suivi thérapeutique, il était proposé aux patients de repasser les mesures effectuées lors du premier temps d'évaluation.

### 2.3.1. Première étape d'évaluation

La première étape d'évaluation concernait tous les participants (les patients du groupe clinique et les participants issus de la population générale).

Les patients qui étaient diagnostiqués pour un Episode Dépressif Caractérisé par le psychiatre se sont vus proposés de participer à la recherche. Après signature du consentement éclairé, un entretien de 10 minutes était réalisé afin de recueillir les informations socio-démographiques et les données médico-psychologiques.

Par la suite, un livret comportant tous les auto-questionnaires était donné aux patients qui devaient le remplir sur place (ZTPI, BDI 13, STAI Y, CISS, YSQ). Le temps de passation des questionnaires était d'approximativement 45 minutes.

Les participants issus de la population générale étaient recrutés en ligne, par l'intermédiaire des réseaux sociaux. Ils répondaient par auto-questionnaire aux mêmes questions socio-démographiques et médico-psychologiques que celles auxquelles répondaient les patients en entretien. Puis, ils répondaient à une version auto-administrée du module Episode Dépressif Majeur du MINI (Module A), correspondant aux critères du DSM IV. Enfin, ils répondaient à tous les auto-questionnaires (ZTPI, BDI 13, STAI Y, CISS, YSQ) en version électronique.

La passation était d'une durée approximative d'une heure (la différence de temps de passation par rapport aux patients s'expliquant par le fait que les participants recrutés en ligne répondaient au module A du MINI).

### **2.3.2. Deuxième étape d'évaluation**

Les participants ayant accepté de participer à cette deuxième étape d'évaluation (facultative) étaient recontactés quelques jours après la passation initiale, afin de convenir d'un rendez-vous. Cette deuxième étape consistait en un entretien semi-directif d'une durée approximative de 45 minutes. Les patients du groupe clinique étaient reçus au sein du Centre Hospitalier Sainte-Anne, et les participants issus de la population générale étaient reçus au sein du Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé de l'Institut de Psychologie (Université Paris Descartes).

Le thème général de l'entretien était le rapport subjectif au temps. L'entretien était découpé en trois parties distinctes : une partie concernant le passé, une partie concernant le futur, et enfin une partie concernant le présent. Pour chaque partie, des questions ouvertes étaient posées au participant, dont les réponses pouvaient m'amener à formuler des relances de type reformulations, questions supplémentaires ou demande de précision.

L'objectif de ces entretiens était de recueillir le vécu subjectif des participants en vue d'une analyse thématique, afin d'éclairer, de façon plus qualitative, le rapport au passé, présent et futur des individus déprimés versus non-déprimés.

Dix patients déprimés et dix participants non-déprimés ont été vus au cours de ces entretiens. Cependant, l'élaboration de ce travail de thèse a conduit à la décision de ne pas inclure l'analyse de ces entretiens dans le manuscrit. Les entretiens réalisés permettront néanmoins de proposer des vignettes cliniques lors de la discussion. A l'issue de ce travail de thèse, l'analyse de ces entretiens permettra la rédaction d'articles scientifiques afin d'apporter un éclairage qualitatif du rapport au temps dans la dépression.

### **2.3.3. Troisième étape d'évaluation**

La troisième étape d'évaluation concernait uniquement une partie des patients du groupe clinique. En effet, parmi les patients inclus lors de la passation initiale à la C.M.M.E du Centre Hospitalier Sainte-Anne, une partie d'entre eux étaient amenés à suivre une thérapie comportementale et cognitive de groupe ou une thérapie de type pleine conscience de groupe pour patients déprimés, au sein du service.

La décision d'inclure ou non les patients dans un groupe thérapeutique était uniquement le fait des psychiatres de la C.M.M.E du Centre Hospitalier Sainte-Anne, et basée sur une réflexion concernant la prise en charge thérapeutique de ces patients.

Lors de la dernière séance de thérapie de groupe, je venais leur proposer de passer une nouvelle fois les auto-questionnaires qu'ils avaient passés lors de la passation initiale (la semaine précédant le début de leur thérapie).

Les patients qui le souhaitaient étaient ainsi recontactés par téléphone, afin de convenir d'un rendez-vous dans les prochains jours pour effectuer la passation. Le livret comportant les auto-questionnaires leur était de nouveau distribué. Les patients devaient à nouveau répondre aux questionnaires mesurant les symptômes dépressifs (BDI-13) et anxieux (STAI Y), ainsi que la perspective temporelle (ZTPI).

Afin de limiter la durée de cette deuxième passation, les questionnaires mesurant le coping (CISS) et les schémas précoces inadaptés (YSQ) n'étaient pas repassés, car ils ne correspondaient pas à nos objectifs concernant l'évolution du profil temporel après thérapie.

Tous les patients qui passaient l'évaluation après thérapie étaient reçus dans la semaine suivant la fin de la thérapie.

#### **2.3.3.1. Détails de la thérapie TCC de groupe**

Tous les patients déprimés du groupe clinique qui ont suivi une thérapie comportementale et cognitive ont suivi la même thérapie de groupe standardisée. Il s'agit d'une thérapie de groupe comportementale et cognitive pour patients avec dépression unipolaire, issue du manuel thérapeutique de Provencher et al. (2006).

Deux groupes thérapeutiques de thérapie comportementale et cognitive pour patients déprimés ont lieu par an au sein de la C.M.M.E du Centre Hospitalier Sainte-Anne : le premier groupe a lieu d'octobre à janvier, et le second groupe a lieu de février à mai. Au cours de ces

trois années de travail de thèse, quatre groupes de patients au total ont pu être réévalués à l'issue de cette thérapie. La thérapie comportait douze séances de 2h, à raison d'une séance par semaine (hors vacances scolaires et jours fériés), et était animée par une psychiatre et une psychologue clinicienne toutes deux formées aux thérapies comportementales et cognitives. Chaque groupe était constitué approximativement d'une douzaine de patients.

Le détail de la thérapie séance par séance est disponible en annexe<sup>14</sup>. Le déroulement de la thérapie était en cohérence avec nos objectifs, car les différents outils abordés au cours de la thérapie correspondaient aux outils, mentionnés dans notre littérature, qui pourraient avoir un impact sur le profil temporel<sup>15</sup>. En effet, la thérapie abordait notamment l'auto-observation des activités quotidiennes et de l'humeur, l'activation comportementale, l'auto-observation et l'identification des pensées automatiques et la réévaluation cognitive (génération de pensées alternatives), la résolution de problèmes, les schémas ainsi que la prévention de la rechute. Chaque semaine, les patients étaient amenés à effectuer des exercices à domicile.

### **2.3.3.2. Détails de la thérapie pleine conscience de groupe**

Comme pour la thérapie de type TCC, tous les patients déprimés du groupe clinique qui ont suivi une thérapie de type pleine conscience ont suivi la même thérapie de groupe standardisée. Il s'agissait d'une thérapie de type MBCT pour patients déprimés, qui avait également lieu deux fois par an à la C.M.M.E du Centre Hospitalier Sainte-Anne, aux mêmes périodes que le groupe TCC. La thérapie comportait huit séances de deux heures, à raison d'une séance par semaine (hors vacances scolaires et jours fériés), et était animée par deux psychologues cliniciennes toutes deux formées à la thérapie de type pleine conscience. Chaque groupe était constitué approximativement d'une dizaine de patients. Au cours de ces trois années de travail de thèse, deux groupes de patients au total ont pu être réévalués après thérapie, le recrutement pour le groupe pleine conscience ayant démarré un an après celui du groupe TCC.

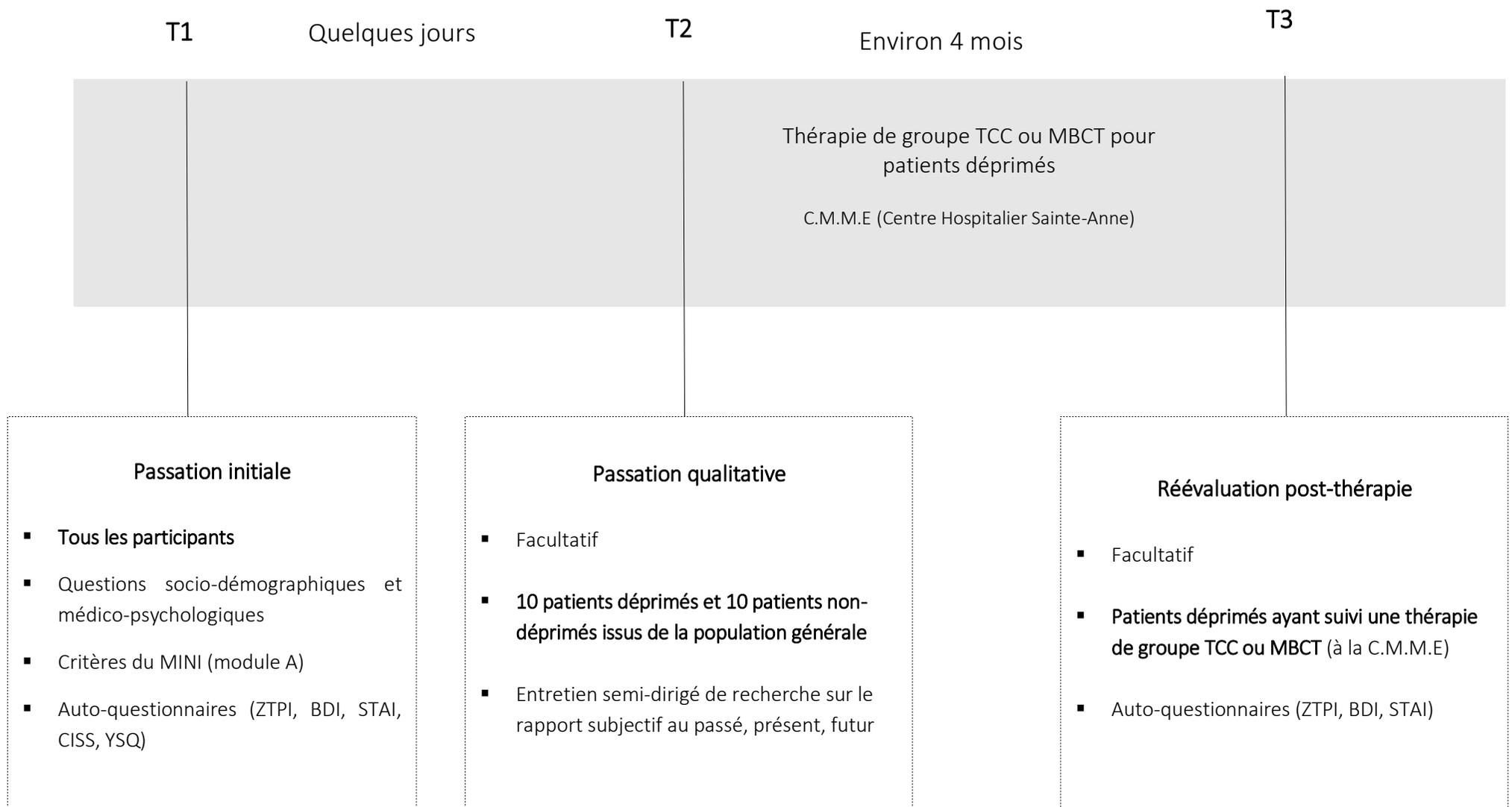
Le programme MBCT utilise des techniques de thérapie cognitive (psychoéducation sur le rôle des pensées dans la dépression, décentration par l'observation et l'acceptation des pensées négatives) en collaboration avec des techniques de pleine conscience (comme l'entraînement de l'attention par le scan corporel).

---

<sup>14</sup> Voir annexe 13

<sup>15</sup> Voir *chapitre 3* de la littérature

Figure 7. Récapitulatif de la procédure de recherche





### **3. Précautions éthiques**

Le projet de recherche a reçu l'avis favorable du comité d'éthique le CERES (Conseil d'Evaluation pour les Recherches en Santé) de Paris Descartes le 6 décembre 2016 (numéro CERES : 201665)<sup>16</sup>.

#### **3.1. Droits du participant**

Les participants étaient informés oralement et par l'intermédiaire de la lettre d'information que leur participation à l'étude n'était pas rémunérée et était pleinement libre et sans aucun engagement : il leur était précisé qu'ils pouvaient interrompre à tout moment leur participation, sans aucune justification à fournir. Par ailleurs, concernant les patients, il leur était précisé que leur participation ou non à l'étude n'aurait aucune influence sur les soins qu'ils recevaient dans le service ou sur leur relation avec l'équipe soignante.

Les participants étaient informés de leur droit à consulter leurs données à tout moment, ainsi qu'à recevoir un retour global sur les résultats de l'étude. Mon adresse mail professionnelle était mise à disposition à cette fin. Enfin, les participants étaient informés que les données recueillies pouvaient faire l'objet de publications dans des revues scientifiques, ou de communications dans des congrès.

#### **3.2. Anonymat, confidentialité et gestion des données**

Les données nominatives des participants ont été anonymisées par l'intermédiaire de la création d'un identifiant pour chaque participant<sup>17</sup>. Au début de la passation, le participant était amené à se créer un identifiant personnel composé de ses initiales et de son année de naissance. Ainsi, aucune donnée permettant de faire le lien avec l'identité du participant (nom, prénom, date de naissance, profession exacte) n'a été relevé. Seul l'identifiant personnel anonyme, ainsi que la date de passation, apparaissent sur les livrets de passation et sur les bases de données informatisées.

L'identifiant personnel avait pour objectif de permettre de retrouver facilement les données d'un participant dans le cas où celui-ci souhaiterait consulter ou supprimer sa participation. Par ailleurs, cet identifiant personnel a permis de mettre en relation les différentes

---

<sup>16</sup> Voir annexe 14

<sup>17</sup> Voir annexe 15

étapes d'évaluation des participants (pour les patients qui repassaient les auto-questionnaires après thérapie).

Les données des patients (groupe clinique) ont été recueillies par des questionnaires papiers conservés au sein de la C.M.M.E du Centre Hospitalier Sainte-Anne, à Paris, dans un bureau fermé à clefs. Ces mêmes données, anonymisées, ont été saisies sur un fichier excel conservé sur un ordinateur protégé par un mot de passe.

Les données des participants issus de la population générale ont été recueillies en ligne, par l'intermédiaire de la plateforme *Limesurvey*, qui garantit l'anonymat et la confidentialité des données. Elles ont été également saisies dans un fichier excel, conservé sur un ordinateur protégé par un mot de passe au sein du Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé (EA 4057) à l'Institut de Psychologie (Centre Henri Piéron), à Boulogne-Billancourt.

### **3.3. Sécurité des participants**

Aucune pratique médicale n'a été testée sur les participants. De ce fait, aucune modalité de surveillance particulière n'a été mise en place. Cependant, la passation des auto-questionnaires ou de l'entretien de recherche pouvaient mobiliser le participant émotionnellement. Ainsi, si ce dernier en ressentait le besoin, il pouvait lui être proposé un entretien afin de lui offrir la possibilité de revenir sur sa passation dans un cadre sécurisant et confidentiel. Dans le cas où cela a été jugé nécessaire ou sur la demande du participant, une réorientation auprès d'un psychologue ou d'un psychiatre pouvait être proposée ; cela n'a cependant pas eu lieu durant la recherche.

Les patients du groupe clinique étaient tous suivis par un psychiatre au sein du service, et effectuaient la passation des auto-questionnaires en ma présence. Tous les entretiens de recherche ont été conduits par moi-même.

Concernant les participants recrutés en ligne, ceux qui présentaient des symptômes dépressifs significatifs lors de la passation (évalué par le biais du BDI 13 et par les critères du module A du MINI) étaient redirigés vers une page qui les invitait à consulter un psychiatre ou un psychologue. Les participants qui indiquaient avoir des pensées suicidaires (item du BDI 13), et cela quel que soit leur score à l'échelle de dépression, étaient également redirigés vers une page les invitant à se rendre aux urgences psychiatriques de leur secteur ou à appeler un numéro d'écoute anonyme. Mon adresse mail professionnelle était également à disposition pour les participants souhaitant être accompagnés dans une réorientation auprès de professionnels de la santé mentale.

## 4. Description des participants de l'étude

Au total, 415 participants ont accepté de participer à l'étude. Quatre-vingt-seize patients déprimés ont été rencontrés. Parmi eux, 16 patients n'ont pas été inclus dans l'échantillon final pour l'une des raisons suivantes :

- Avoir vécu un événement de vie majeur durant la dernière année
- Avoir des scores au BDI inférieur au score seuil de dépression
- Souffrir d'une maladie grave, potentiellement létale, dégénérative ou significativement handicapante

L'échantillon final du groupe clinique était ainsi composé de 80 patients déprimés. Parmi eux, 30 patients ont pu être réévalués à l'issue de leur thérapie comportementale et cognitive, et seulement 12 patients ont pu être réévalués à l'issue de leur thérapie MBCT.

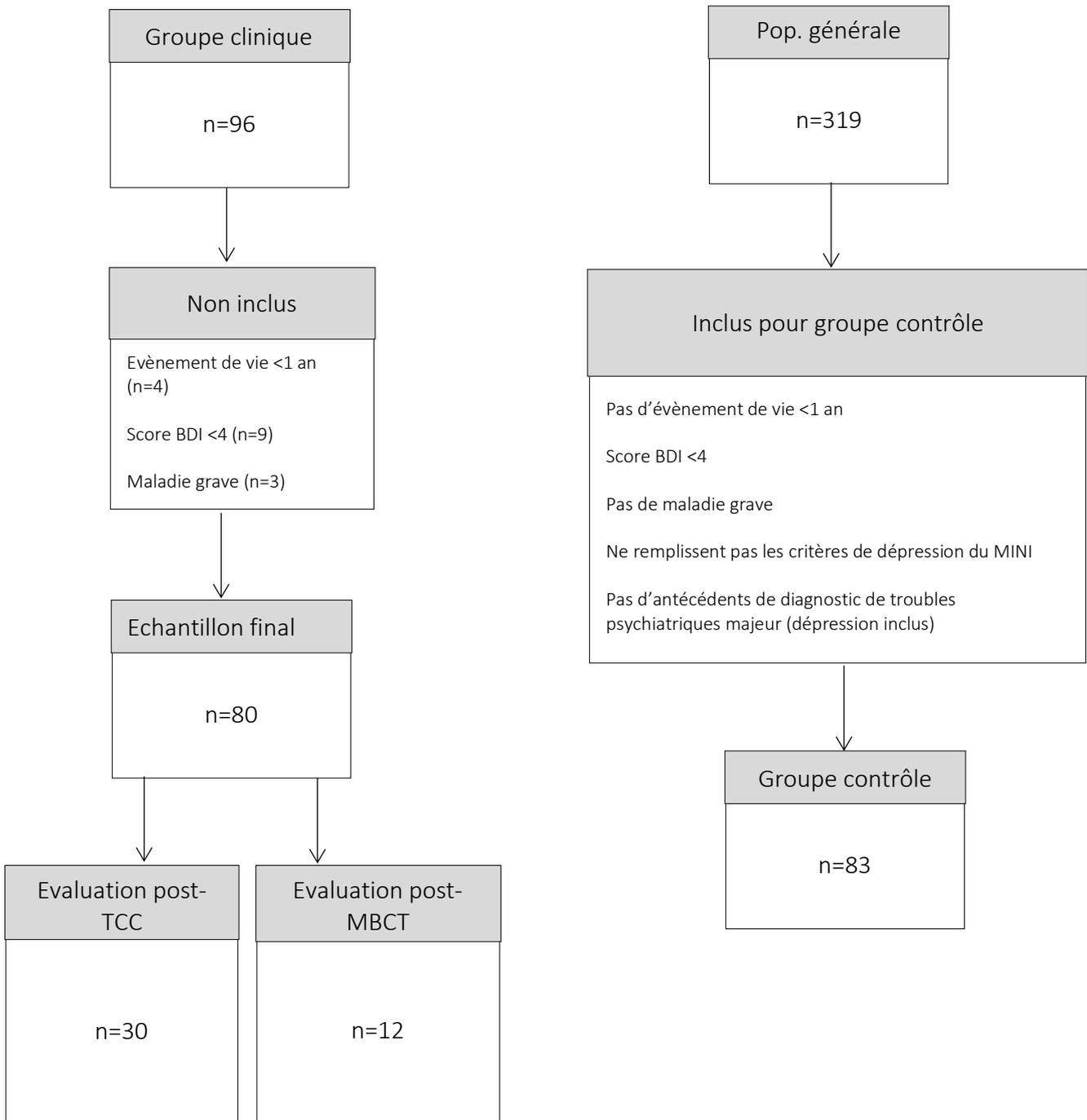
La différence d'effectif entre l'échantillon final du groupe clinique et les patients réévalués après thérapie s'explique par plusieurs raisons : certains patients ne souhaitaient pas ou ne pouvaient pas intégrer une thérapie dans le service, certains patients arrêtaient la thérapie ou n'assistaient pas à toutes les séances, certains patients ont dû être hospitalisés dans un autre hôpital durant la thérapie, et enfin certains patients ne souhaitaient pas être réévalués après la thérapie ou n'ont pas répondu à notre relance.

Trois cent dix-neuf participants issus de la population générale, recrutés en ligne, ont complétés l'intégralité des auto-questionnaires. Parmi eux, des participants ont été sélectionnés afin de composer un groupe contrôle, de façon à ce que ce groupe soit le plus proche possible au groupe clinique concernant les critères socio-démographiques (âge, sexe, catégorie socio-professionnelle, statut marital).

A l'issue de l'application des critères d'inclusion, le groupe contrôle de participants non-déprimés était composé de 83 participants.

Cependant, les participants issus de la population générale qui ne correspondaient pas aux critères du groupe contrôle n'ont pas été exclus de l'étude : les données recueillies auprès de l'ensemble des 319 participants ont permis la réalisation de l'étude complémentaire, basée sur des analyses en profils (analyse en clusters), qui sera présentée en dernière partie des résultats.

**Figure 8.** Recrutement des participants et composition de l'échantillon



## 4.1. Caractéristiques des échantillons du groupe clinique et du groupe contrôle

Les caractéristiques détaillées des échantillons du groupe clinique et du groupe contrôle sont disponibles dans le **tableau 5**.

- **Groupe clinique**

L'échantillon final des patients déprimés est composé de 80 patients âgés en moyenne de 40,07 ans ( $\sigma=13,86$ ), dont 77,5% sont des femmes. La majorité des patients sont soit célibataires (47,5%), soit mariés ou en concubinage (26,5%). Soixante-dix pour cent d'entre eux sont en activité (ou étudiants), et la majorité exercent la profession d'employés (22,5%) ou de cadres (21,5%). Nous observons que 18,75% des patients sont sans emploi, et 10% sont retraités.

La totalité des patients est actuellement sous traitement médicamenteux (antidépresseurs). Tous les patients effectuent un suivi psychologique actuel et il ne s'agit pour aucun d'entre eux de leur première prise en charge psychologique. Trente pour cent sont actuellement hospitalisés dans le cadre de leurs troubles dépressifs.

- **Groupe contrôle**

L'échantillon final des participants non-déprimés, sélectionnés pour le groupe contrôle, est composé de 83 participants âgés en moyenne de 38,08 ans ( $\sigma=9,73$ ), dont 81,93% sont des femmes. La majorité des participants du groupe contrôle sont célibataires (40,96%), en couple (28,92%) et mariés ou en concubinage (24,10%). Il s'avère que 85,54% sont en activité (ou étudiants), et la majorité exercent la profession d'employés (33,73%) ou de cadres (18,07%), et 12,05% d'entre eux sont sans emploi.

Parmi les participants du groupe contrôle, 56,63% ont déjà bénéficié d'une prise en charge psychologique, et 24,10% d'entre eux sont suivis actuellement. Aucun des participants n'a été diagnostiqué, traité ou hospitalisé pour des troubles dépressifs, étant donné qu'il s'agit des critères de non inclusion du groupe contrôle.

**Tableau 5.** Caractéristiques des échantillons du groupe clinique et du groupe contrôle

	Groupe clinique (n=80)			Groupe contrôle (n=83)		
	Moyenne ( $\sigma$ )	Médiane	Etendue	Moyenne ( $\sigma$ )	Médiane	Etendue
<b>Age</b>	40,07 (13,86)	38	19-65	38,08 (9,73)	37	23-63
<b>n (%)</b>						
<b>Sexe</b>						
<i>Homme</i>		18 (22,5%)			15 (18,07%)	
<i>Femme</i>		62 (77,5%)			68 (81,93%)	
<b>Situation familiale</b>						
<i>Célibataire</i>		38 (47,5%)			34 (40,96%)	
<i>En couple</i>		10 (12,5%)			24 (28,92%)	
<i>Mariés ou en concubinage</i>		21 (26,25%)			20 (24,10%)	
<i>Séparés ou divorcés</i>		11 (13,75%)			5 (6,02%)	
<i>Veufs</i>		0 (0%)			0 (0%)	
<b>Enfants (oui)</b>		29 (36,35%)			13 (15,66%)	
<b>Catégorie socio-démographique</b>						
<i>Agriculteurs</i>		0 (0%)			0 (0%)	
<i>Artisans, commerçants et chefs d'entreprise</i>		1 (1,25%)			2 (2,41%)	
<i>Cadres et professions intellectuelles supérieures</i>		17 (21,25%)			15 (18,07%)	
<i>Professions intermédiaires</i>		6 (7,5%)			10 (12,05%)	
<i>Employés</i>		18 (22,5%)			28 (33,73%)	
<i>Ouvriers</i>		2 (2,5%)			0 (0%)	
<i>Au foyer</i>		2 (2,5%)			1 (1,20%)	
<i>Etudiants</i>		12 (15%)			16 (19,28%)	
<i>Retraités</i>		8 (10%)			0 (0%)	
<i>Sans emploi</i>		15 (18,75%)			10 (12,05%)	
<b>Dernier diplôme obtenu</b>						
<i>Aucun</i>		3 (3,75%)			1 (1,20%)	
<i>Brevet</i>		2 (2,5%)			1 (1,20%)	
<i>Diplôme professionnel (CAP, BEP, etc.)</i>		15 (18,75%)			2 (2,41%)	
<i>Baccalauréat ou équivalent</i>		16 (20%)			20 (24,10%)	
<i>Licence (ou équivalent Bac +3)</i>		18 (22,5%)			30 (36,14%)	
<i>Master (bac +5) et plus</i>		26 (32,5%)			23 (27,71%)	
<i>Autre</i>		0 (0%)			6 (7,23%)	
<b>Traitement médicamenteux actuel pour dépression</b>		80 (100%)			0 (0%)	
<b>Hospitalisation actuelle pour dépression</b>		24 (30%)			0 (0%)	
<b>Antécédents de tentative de suicide</b>		18 (22,5%)			17 (20,48%)	
<b>Prise en charge psychologique actuelle</b>		80 (100%)			20 (24,10%)	
<b>Antécédents de prise en charge psychologique</b>		80 (100%)			47 (56,63%)	

## 4.2. Caractéristiques des échantillons des patients réévalués après thérapie

Les caractéristiques détaillées des patients réévalués après thérapie sont disponibles dans le **tableau 6**. Etant donné que l'objectif de cette étude ne consiste pas en une comparaison des deux types de thérapie, il n'était pas nécessaire que les deux échantillons soient comparables.

L'échantillon des patients déprimés **réévalués après une thérapie comportementale et cognitive** est composé de 30 patients âgés en moyenne de 40,04 ans ( $\sigma=15,34$ ), dont 73,33% sont des femmes. La majorité de ces patients sont célibataires (43,33%) et mariés ou en concubinage (26,67%). Soixante-dix-sept pourcents d'entre eux sont en activité (ou étudiants), et la majorité exercent la profession d'employés (30%) ou de cadres (20%). Dix pourcents de ces patients sont sans emploi, et 13,33% sont retraités.

La totalité des patients est actuellement sous traitement médicamenteux (antidépresseurs), ils effectuent tous un suivi psychologique actuel et il ne s'agit pour aucun d'entre eux de leur première prise en charge psychologique. Sur les trente patients, deux sont actuellement hospitalisés dans le cadre de leurs troubles dépressifs (ils représentent ainsi 6,67% de l'échantillon des patients réévalués après TCC).

L'échantillon des patients déprimés **réévalués après une thérapie MBCT** est composé de 12 patients âgés en moyenne de 46,75 ans ( $\sigma=12,31$ ), dont 75% sont des femmes. La majorité de ces patients sont célibataires (41,67%) et mariés ou en concubinage (33,33%). Cinquante-huit pourcents d'entre eux sont en activité, et la majorité exercent la profession d'employé (25%) ou de cadres (16,67%). Trente-trois pourcents des patients sont sans emploi, et un seul patient est retraité.

A nouveau, la totalité des patients est actuellement sous traitement médicamenteux (antidépresseurs), ils effectuent tous un suivi psychologique actuel et il ne s'agit pour aucun d'entre eux de leur première prise en charge psychologique. Sur les douze patients, un seul est actuellement hospitalisé dans le cadre de troubles dépressifs.

**Tableau 6.** Caractéristiques des patients réévalués après thérapie TCC et MBCT

	Groupe TCC (n=30)			Groupe MBCT (n=12)		
	Moyenne ( $\sigma$ )	Médiane	Etendue	Moyenne ( $\sigma$ )	Médiane	Etendue
<b>Age</b>	40,4 (15,34)	35,5	22-65	46,75 (12,31)	45,50	28-63
<b>n (%)</b>						
<b>Sexe</b>						
<i>Homme</i>		8 (26,67%)			3 (25%)	
<i>Femme</i>		22 (73,33%)			9 (75%)	
<b>Situation familiale</b>						
<i>Célibataire</i>		13 (43,33%)			5 (41,67%)	
<i>En couple</i>		5 (16,67%)			0 (0%)	
<i>Mariés ou en concubinage</i>		8 (26,67%)			4 (33,33%)	
<i>Séparés ou divorcés</i>		6 (20%)			3 (25%)	
<i>Veufs</i>		0 (0%)			0 (0%)	
<b>Enfants (oui)</b>		11 (36,67%)				
<b>Catégorie sociodémographique</b>						
<i>Agriculteurs</i>		0 (0%)			0 (0%)	
<i>Artisans, commerçants et chefs d'entreprise</i>		0 (0%)			1 (8,33%)	
<i>Cadres et professions intellectuelles supérieures</i>		6 (20%)			2 (16,67%)	
<i>Professions intermédiaires</i>		4 (13,33%)			1 (8,33%)	
<i>Employés</i>		9 (30%)			3 (25%)	
<i>Ouvriers</i>		0 (0%)			0 (0%)	
<i>Au foyer</i>		0 (0%)			0 (0%)	
<i>Etudiants</i>		4 (13,33%)			0 (0%)	
<i>Retraités</i>		4 (13,33%)			1 (8,33%)	
<i>Sans emploi</i>		3 (10%)			4 (33,33%)	
<b>Dernier diplôme obtenu</b>						
<i>Aucun</i>		1 (3,33%)			1 (8,33%)	
<i>Brevet</i>		0 (0%)			0 (0%)	
<i>Diplôme professionnel (CAP, BEP, etc.)</i>		6 (20%)			0 (0%)	
<i>Baccalauréat ou équivalent</i>		8 (26,67%)			2 (16,67%)	
<i>Licence (ou équivalent Bac +3)</i>		5 (16,67%)			3 (25%)	
<i>Master (bac +5) et plus</i>		10 (33,33%)			6 (50%)	
<i>Autre</i>		0 (0%)			0 (0%)	
<b>Traitement médicamenteux actuel pour dépression</b>		30 (100%)			12 (100%)	
<b>Hospitalisation actuelle pour dépression</b>		2 (6,67%)			1 (8,33%)	
<b>Antécédents de tentative de suicide</b>		4 (13,33%)			3 (25%)	
<b>Prise en charge psychologique actuelle</b>		30 (100%)			12 (100%)	
<b>Antécédents de prise en charge psychologique</b>		30 (100%)			12 (100%)	

### 4.3. Caractéristiques de tous les participants issus de la population générale

Les caractéristiques détaillées des participants issus de la population générale sont disponibles dans le **tableau 7**.

Les caractéristiques médico-psychologiques décrites pour cet échantillon sont plus nombreuses que pour les échantillons précédents. En effet, cet échantillon regroupe tous les participants issus de la population générale avant application des critères d'inclusion et de non-inclusion (à l'exception de l'âge compris entre 18 et 65 ans et du fait de parler couramment français). Ainsi, certaines caractéristiques présentées ici n'étaient pas indiquées pour les échantillons précédents (étant donné que pour les échantillons précédents, les participants présentant ces caractéristiques n'étaient pas inclus).

Le choix de conserver l'ensemble de ces participants indépendamment de critères d'inclusion et de non inclusion s'est fait afin de permettre des analyses en profils qui nécessitent un large échantillon.

L'échantillon est composé de 319 participants issus de la population générale, âgés en moyenne de 28,91 ans ( $\sigma=10,19$ ), dont 86,83% sont des femmes. La majorité des participants sont célibataires (42,63%) et en couple (31,35%). Cinquante et un pourcents des participants sont actuellement en activité, et 37% sont étudiants. Parmi les participants en activité, les catégories les plus représentées sont les cadres et professions intellectuelles supérieures (21,94%), ainsi que les employés (16,93%). Douze pourcents des participants sont actuellement sans activité professionnelle (à la recherche d'un emploi, retraités ou au foyer).

Parmi les participants, 32,29% disent avoir déjà reçu un diagnostic de dépression. Vingt-quatre pourcents des participants disent avoir déjà reçus un traitement médicamenteux pour des troubles dépressifs, et 10,97% disent avoir déjà été hospitalisés pour des troubles dépressifs. Seize pourcents des participants disent être encore sous traitement actuellement, et aucun participant n'est en cours d'hospitalisation.

Seize pourcents des participants disent avoir été diagnostiqués pour d'autres troubles psychiatriques qu'un trouble dépressif. Les troubles anxieux sont les plus fréquents, représentant 10,66% de l'échantillon (*Trouble Anxieux Généralité, phobie simple, phobie sociale Trouble Obsessionnel Compulsif, trouble panique*).

Parmi les participants qui disent avoir été diagnostiqués pour d'autres troubles psychiatriques que la dépression, dix-sept d'entre eux (5,33% de l'échantillon) ont reçu un traitement médicamenteux dans le cadre de ce trouble, et quinze d'entre eux (4,70% de l'échantillon) ont été hospitalisés dans le cadre de ce trouble. Cependant, seulement quatre participants (1,25%) sont encore sous traitement médicamenteux actuellement pour ce trouble, et aucun d'entre eux n'est en cours d'hospitalisation.

La majorité des participants (61,13%) ont déjà eu un suivi psychologique au cours de leur vie, et 21,63% des participants sont actuellement pris en charge psychologiquement.

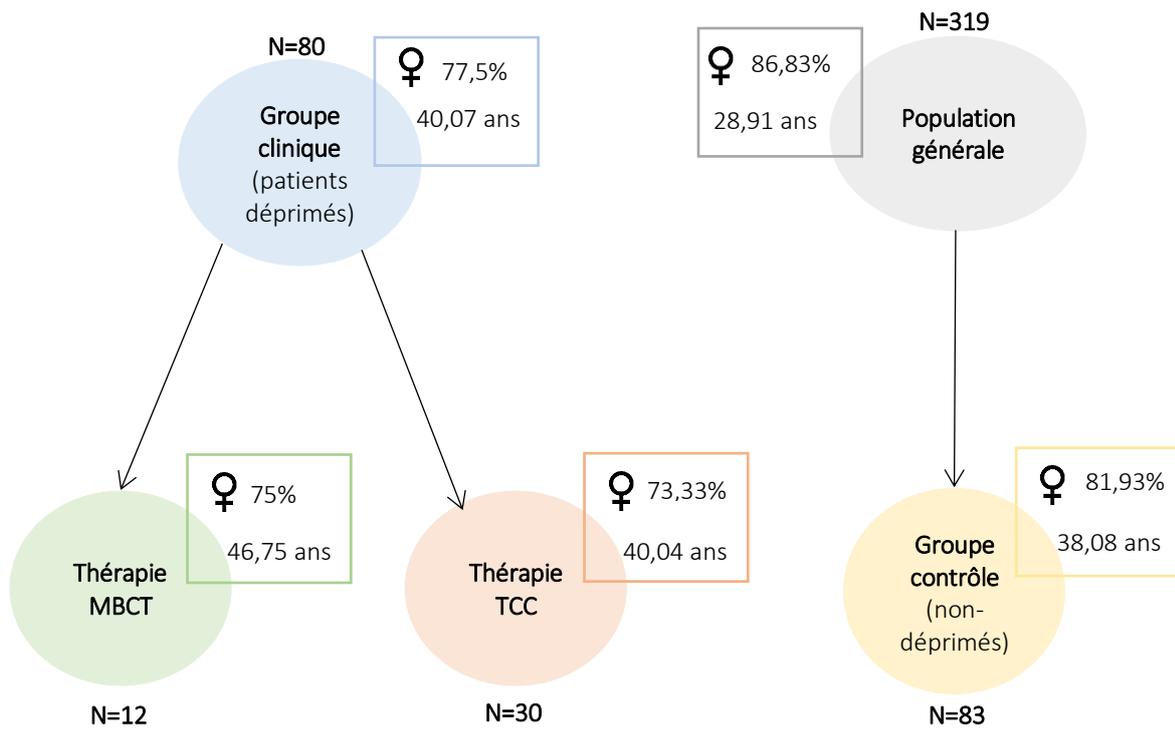
Huit pourcents des participants disent avoir été diagnostiqués d'une maladie grave, chronique, ou potentiellement létale.

Quarante et un pourcents des participants disent avoir vécu un événement de vie majeur au cours de la dernière année. Les événements de vie indiqués sont les suivants : mort d'un membre de la famille proche ou du conjoint (3,49%), maladie grave d'un membre de la famille proche ou du conjoint (4,07%), agression physique ou sexuelle (3,14%), licenciement (5,02%), divorce ou lourde séparation amoureuse (6,58%), accès à la parentalité (5,96%). D'autres événements sont évoqués dans la catégorie « autres » (4,08%), tels que le départ à la retraite, une tentative de suicide d'un proche, la prononciation d'une peine de prison, une rupture avec le milieu familial, ou encore des interruptions de grossesse et fausses couches.

**Tableau 7.** Caractéristiques des participants issus de la population générale (n=319)

	Moyenne ( $\sigma$ )	Médiane	Etendue
<b>Age</b>	28,91 (10,19)	25,00	18-65
<b>Sexe</b>		<b>n (%)</b>	
<i>Homme</i>		42 (13,17%)	
<i>Femme</i>		277 (86,83%)	
<b>Situation familiale</b>			
<i>Célibataire</i>		136 (42,63%)	
<i>En couple</i>		100 (31,35%)	
<i>Mariés ou en concubinage</i>		68 (21,32%)	
<i>Séparés ou divorcés</i>		15 (4,70%)	
<i>Veufs</i>		1 (0,31%)	
<b>Enfants (oui)</b>		60 (18,81%)	
<b>Catégorie sociodémographique</b>			
<i>Agriculteurs</i>		1 (0,31%)	
<i>Artisans, commerçants et chefs d'entreprise</i>		14 (4,39%)	
<i>Cadres et professions intellectuelles supérieures</i>		70 (21,94%)	
<i>Professions intermédiaires</i>		22 (6,90%)	
<i>Employés</i>		54 (16,93%)	
<i>Ouvriers</i>		3 (0,94%)	
<i>Au foyer</i>		5 (1,57%)	
<i>Etudiants</i>		118 (37%)	
<i>Retraités</i>		7 (0,31%)	
<i>Sans emploi</i>		25 (7,84%)	
<b>Dernier diplôme obtenu</b>			
<i>Aucun</i>		2 (0,63%)	
<i>Brevet</i>		12 (3,76%)	
<i>Diplôme professionnel (CAP, BEP, etc.)</i>		17 (5,33%)	
<i>Baccalauréat ou équivalent</i>		85 (26,65%)	
<i>Licence (ou équivalent Bac +3)</i>		87 (27,27%)	
<i>Master (bac +5) et plus</i>		116 (36,36%)	
<b>Antécédents de diagnostic de dépression</b>		103 (32,29%)	
<b>Antécédent traitement médicamenteux pour dépression</b>		76 (23,82%)	
<b>Traitement médicamenteux actuel pour dépression</b>		26 (8,15%)	
<b>Antécédents d'hospitalisation pour dépression</b>		35 (10,97%)	
<b>Hospitalisation actuelle pour dépression</b>		0 (0%)	
<b>Antécédents de diagnostic pour d'autres troubles psychiatriques</b>		51 (15,99%)	
<b>Autre diagnostic psychiatriques : types</b>			
<i>Troubles anxieux (Trouble Anxieux Généralisé, phobie simple, phobie sociale,</i>		34 (10,66%)	
<i>Troubles Obsessionnel Compulsif, trouble panique)</i>			
<i>Troubles du comportement alimentaire</i>		9 (2,82%)	
<i>Trouble bipolaire</i>		4 (1,25%)	
<i>Etat de Stress Post-Traumatique</i>		2 (0,64%)	
<i>Troubles du Spectre Autistique</i>		1 (0,31%)	
<i>Trouble de la personnalité borderline</i>		1 (0,31%)	
<b>Antécédents traitement médicamenteux pour d'autres troubles psychiatriques</b>		17 (5,33%)	
<b>Traitement médicamenteux actuel pour d'autres troubles psychiatriques</b>		4 (1,25%)	
<b>Antécédents d'hospitalisation pour d'autres troubles psychiatriques</b>		15 (4,70%)	
<b>Hospitalisation actuelle pour d'autres troubles psychiatriques</b>		0 (0%)	
<b>Antécédents de tentative de suicide</b>		60 (18,81%)	
<b>Antécédents de prise en charge psychologique</b>		195 (61,13%)	
<b>Prise en charge psychologique actuelle</b>		69 (21,63%)	
<b>Maladie grave et/ou chronique et handicapante</b>		26 (8,15%)	
<b>Evènement de vie majeur au cours de la dernière année</b>		130 (40,75%)	
<b>Evènement de vie : types</b>			
<i>Mort d'un membre de la famille proche ou du conjoint</i>		14 (3,49%)	
<i>Maladie grave d'un membre de la famille proche ou du conjoint</i>		13 (4,07%)	
<i>Diagnostic de maladie grave et/ou chronique</i>		8 (2,51%)	
<i>Agression physique ou sexuelle</i>		10 (3,14%)	
<i>Harcèlement moral</i>		9 (2,82%)	
<i>Licenciement</i>		16 (5,02%)	
<i>Divorce ou lourde séparation amoureuse</i>		21 (6,58%)	
<i>Accès à la parentalité</i>		19 (5,96%)	
<i>Autres</i>		13 (4,08%)	

Figure 9. Récapitulatif des effectifs et caractéristiques socio-démographiques des participants



## 5. Analyse des données

Les analyses statistiques ont été effectuées par l'intermédiaire du logiciel statistique SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), version 16. Le degré de significativité a été fixé à 0,05 pour l'ensemble des analyses.

Les analyses statistiques menées s'appuient sur les procédures issues de deux ouvrages statistiques de référence (Carlsberg et al., 2016 ; Dancey & Reidy, 2007).

Les analyses ont été réalisées en quatre temps :

1. Les analyses correspondant aux **objectifs de l'axe 1**, c'est-à-dire (1) à la comparaison des scores de perspective temporelle entre patients déprimés et participants non-déprimés et (2) aux liens entre la perspective temporelle et les symptômes anxieux et dépressifs.
2. Les analyses correspondant aux **objectifs de l'axe 2**, c'est-à-dire (1) à l'évolution du profil temporel avant et après thérapie TCC et (2) à l'évolution du profil temporel avant et après pleine conscience de type MBCT.
3. Les analyses correspondant aux **objectifs de l'axe 3**, c'est à dire (1) aux liens entre perspective temporelle et stratégies de coping et (2) aux liens entre perspective temporelles et schémas précoces inadaptés, auprès de patients déprimés.
4. Les analyses correspondant à **l'étude complémentaire exploratoire**, qui a pour objectif de proposer une analyse en profils de la perspective temporelle, par l'intermédiaire d'analyse de clusters.

### 5.1. Analyses descriptives

Les analyses descriptives ont été réalisées séparément pour chaque axe, sur l'échantillon correspondant aux objectifs de l'axe.

La consistance interne (alpha de Cronbach) de chaque outil standardisé utilisé dans l'étude a été calculée (questionnaires, échelles et sous-échelles). Pour chaque variable quantitative, et afin de décrire notre échantillon, nous avons observé la moyenne, la médiane, l'écart-type et l'étendue des scores.

Afin de compléter ces analyses descriptives, nous avons testé la significativité des différences observées entre le groupe clinique et le groupe contrôle lors des analyses descriptives de l'axe 1. A cette fin, des tests t de Student ou des U de Mann-Whitney ont été réalisés.

Afin de déterminer les analyses statistiques adaptées à nos données, nous avons vérifiés, pour chaque variable dépendante, que la distribution des échantillons était compatible avec l'hypothèse d'une distribution gaussienne. L'étude des mesures d'asymétrie (*skewness*) et d'aplatissement (*kurtosis*) nous a permis de vérifier que la distribution des données ne s'éloignait pas significativement de la normalité, et le test de Kolmogorov-Smirnov a permis de déterminer si l'hypothèse nulle d'une distribution normale des données pouvait être ou non conservée.

Des analyses descriptives et inférentielles ont été également réalisées sur les variables socio-démographiques et médico-psychologiques : par l'intermédiaire du U de Mann-Whitney et de l'application d'un khi-deux, nous avons vérifiés l'absence de différence significative sur la variable *âge* et sur le *sex-ratio*, entre le groupe clinique et le groupe contrôle (*axe 1*). De plus, au sein de chaque groupe, nous avons observés les différences liées au genre, à la situation conjugale et professionnelle (test t de student ou U de Mann-Whitney), ainsi que les corrélations significatives entre l'âge et les autres variables (corrélations r de Pearson ou Rhô de Spearman).

## **5.2. Analyses inférentielles liées aux hypothèses**

Le plan des analyses inférentielles utilisées pour chaque axe est présenté dans le **tableau 8**.

### **5.2.1. Analyses de comparaison**

Des tests de comparaison pour échantillons indépendants ont été utilisés afin de comparer les patients déprimés et les participants non-déprimés sur les différentes dimensions de la perspective temporelle et sur la DBTP (*axe 1*). Des tests de comparaison pour échantillons appariés ont été utilisés afin de comparer les scores de perspective temporelle et de DBTP des patients avant et après thérapie (*axe 2*).

Les conditions d'application pour un test paramétrique (t de Student) étaient les suivantes :

- Normalité des distributions
- Absence de données atypiques
- Homoscédasticité (Homogénéité des variances)

L'homogénéité des variances a été vérifiée par l'application du test de Levene. Lorsque les conditions d'application aux tests paramétriques étaient remplies, nous avons appliqué un test t de Student afin de comparer les moyennes des deux échantillons. Lorsque les conditions d'application n'étaient pas remplies, nous avons utilisés le test paramétrique U de Mann-Whitney.

Lorsque de nombreux résultats significatifs apparaissaient et afin d'apprécier l'importance de l'écart de différence de moyennes, nous avons également calculé la taille d'effet, par l'intermédiaire du d de Cohen ; en utilisant la formule suivante :

$$d \text{ de Cohen} = (\text{Moyenne}_1 - \text{Moyenne}_2) / \text{écart-type}_{\text{pooled}}$$

En effet, les tests t significatifs nous permettent de conclure que les différences observées ne sont pas simplement dû au hasard. Toutefois, cela ne nous permet pas de déterminer l'importance de ces différences. En effet, une différence significative sur le plan statistique peut se révéler insignifiante, et cela notamment lorsque des échantillons importants sont comparés.

L'échelle suivante (Sawilowsky, 2009 ; Cohen, 1988) permet d'apprécier l'intensité de l'écart entre les moyennes :

<b>Evaluation</b>	<b>Seuil (en valeur absolue)</b>
Très faible	0,01
Faible	0,20
Moyenne	0,50
Elevée	0,80
Très élevée	1,20
Immense	2,00

### 5.2.2. Analyses de corrélation

Des analyses de corrélation ont été réalisées afin d'investiguer les liens que la perspective temporelle et la DBTP entretenaient avec les symptômes anxieux et dépressifs (*axe 1*), ainsi qu'avec les stratégies de coping et les schémas précoces inadaptés (*axe 3*).

Lorsque les conditions d'applications d'un test paramétrique étaient remplies (normalité des distributions, absence de données atypiques), des corrélations bivariées de Pearson ( $r$ ) ont été utilisées. Dans le cas contraire, des Rhô de Spearman ont été calculés à partir des rangs des participants.

### 5.2.3. Analyses de régression

Des analyses de régression multiples ont été conduites afin de tester l'effet prédicteur de la perspective temporelle (VI) et de la DBTP (VI) sur les symptômes anxieux et dépressifs (VD) (*axe 1*), et sur les stratégies de coping et schémas précoces inadaptés (VD) (*axe 3*).

Afin de sélectionner les variables à inclure dans les modèles de régression, nous nous sommes basés sur les corrélations significatives entre les VI et les VD. Seules les VI qui corrôlaient significativement avec les VD, et dont la force de la relation linéaire était donc satisfaisante, ont été retenues pour les modèles de régression.

Pour chaque modèle de régression ont été vérifiées les conditions suivantes :

- Indépendance des résidus
- Normalité des résidus
- Absence de données atypiques (*outliers*)
- Homoscédasticité
- Relation linéaire entre la VI et la VD
- Absence de colinéarité

#### 5.2.4. Analyses de médiation

Lors des analyses correspondant à l'axe 3, des analyses complémentaires et exploratoires de médiation ont été réalisées. Ces analyses avaient pour objectif d'investiguer le rôle médiateur joué par le coping et par les schémas précoces inadaptés dans la relation entre la perspective temporelle et les symptômes anxieux et dépressifs.

Les analyses de médiation ont été réalisées lorsque les étapes suivantes étaient vérifiées (Baron et Kenny, 1986) :

1. Effet significatif du prédicteur sur le critère (variable dépendante)
2. Effet significatif du prédicteur sur la variable médiatrice
3. Effet du prédicteur sur la variable dépendante n'est plus significatif après l'ajout de la variable médiatrice, alors que l'effet du médiateur persiste.

Ainsi, la relation de médiation était vérifiée lorsque nous observions une diminution significative du lien entre le prédicteur et la variable dépendante après l'ajout de la variable médiatrice, et lorsque l'effet indirect était significatif.

#### 5.2.5. Analyses en clusters (étude complémentaire)

Afin d'identifier des profils selon les scores de perspective temporelle, des analyses en clusters ont été réalisées lors d'une étude complémentaire. L'analyse de cluster *Two-step* a été utilisée. Il s'agit d'une analyse de type exploratoire, qui permet de déterminer automatiquement le nombre de classe le plus adapté. Les cinq dimensions de la perspective temporelle ont été introduites comme variables à partir desquelles sont identifiées les classes, et le critère de sélection Bayésien de Schwarz a été utilisé pour déterminer les différents clusters.

A l'issue de ces analyses en clusters, les trois classes identifiées ont été comparées sur les variables *dépression*, *anxiété*, *coping* et *schémas précoces inadaptés*. Ces analyses de comparaison ont été réalisées par l'intermédiaire d'une ANOVA, puis de comparaison post-hoc deux à deux lorsque l'ANOVA mettait en évidence une différence significative. Des tests post-hoc paramétriques (test de Bonferroni) ont été utilisés lorsque les conditions étaient validées (normalité de la distribution, homogénéité des variances). Autrement, des post-hoc non-paramétriques ont été utilisés (test de Games-Howell).

**Tableau 8.** Plan d'analyse selon les différents axes de l'étude

<b>Axe 1</b> <b>Perspective temporelle et</b> <b>dépression</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comparaison des scores aux dimensions du ZTPI (<i>perspective temporelle</i>) entre patients déprimés vs. participants non déprimés</li> <li>• Comparaison des scores de DBTP (<i>Deviation from Balanced Time Perspective</i>) entre patients déprimés vs. participants non déprimés</li> <li>• Analyses corrélationnelles entre les scores aux différentes dimensions du ZTPI, la DBTP, les scores au BDI-13 (<i>dépression</i>) et au STAI (anxiété) :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Auprès des patients déprimés</li> <li>- Auprès des participants non-déprimés</li> </ul> </li> <li>• Analyses de régression auprès des patients déprimés : effet prédicteur des dimensions du ZTPI et effet prédicteur de la DBTP, sur les scores au BDI-13 et au STAI</li> </ul>
<b>Axe 2</b> <b>Perspective temporelle,</b> <b>coping et schémas</b> <b>précoces inadaptés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evolution des scores aux dimensions du ZTPI avant et après la thérapie de type TCC</li> <li>• Evolution des scores de la DBTP avant et après la thérapie de type TCC</li> <li>• Evolution des scores aux dimensions du ZTPI avant et après la thérapie de type MBCT</li> <li>• Evolution des scores de la DBTP avant et après la thérapie de type MBCT</li> <li>• <i>Analyses complémentaires de régression : effet prédicteur des scores de perspective temporelle et de DBTP avant thérapie (TCC et MBCT) sur la réduction des symptômes anxieux et dépressifs après thérapie.</i></li> </ul>
<b>Axe 3</b> <b>Evolution de la</b> <b>perspective temporelle</b> <b>après thérapie TCC et</b> <b>MBCT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyses corrélationnelles entre les scores aux différentes dimensions du ZTPI, la DBTP, et les scores aux dimensions du CISS (<i>coping</i>)</li> <li>• Analyses de régression : effet prédicteur des dimensions du ZTPI et effet prédicteur de la DBTP sur les dimensions du CISS</li> <li>• Analyses corrélationnelles entre les scores aux différentes dimensions du ZTPI, la DBTP, et les scores aux dimensions de l'YSQ (<i>schémas précoces inadaptés</i>)</li> <li>• Analyses de régression : effet prédicteur des dimensions du ZTPI et effet prédicteur de la DBTP sur les dimensions de l'YSQ</li> <li>• <i>Analyses complémentaires de médiation : rôle médiateur du coping et des schémas dans la relation entre perspective temporelle et symptômes anxieux et dépressifs.</i></li> </ul>
<b>Etude complémentaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyses en profils (clusters) selon les dimensions du ZTPI</li> <li>• Comparaisons des différents clusters obtenus sur les scores au BDI, STAI, CISS et YSQ</li> </ul>

## TROISIEME PARTIE

---

### **Résultats et discussion de l'axe 1**

---



# 1. Résultats de l'axe 1

Différences de perspective temporelle entre les patients déprimés et les participants non-déprimés et liens entre la perspective temporelle et les symptômes anxieux et dépressifs.

Une partie des résultats préliminaires de cette étude a fait l'objet d'une publication :

**Kaya Lefèvre, H.**, Mirabel-Sarron, C., Docteur, A., Leclerc, V., Laszcz, A., Gorwood, P. & Bungener, C. (2019). Time perspective differences between depressed patients and non-depressed participants, and their relationships with depressive and anxiety symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 246, 320-326. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.12.053>

## 1.1. Analyses descriptives

Les caractéristiques de l'échantillon clinique et de l'échantillon contrôle sur les différentes variables dépendantes mesurées, ainsi que la consistance interne de chaque variable (alphas de Cronbach,  $\alpha$ ), sont présentées dans le **tableau 9**. Les indices d'asymétrie (*skewness*) et d'aplatissement (*kurtosis*) des scores sont indiqués dans le **tableau 10**.

Etant donné que les analyses statistiques inférentielles qui ont été effectuées sur ces échantillons dans les résultats de l'axe 1 ne concernent pas les dimensions de coping et les schémas précoces inadaptés, le CISS et l'YSQ n'ont pas été inclus dans les analyses descriptives présentées ci-après.

**Tableau 9.** Analyses descriptives et consistance interne (résultats axe 1)

	Groupe clinique (n=80)				Groupe contrôle (n=83)			
	$\alpha$	Moyenne ( $\sigma$ )	Médiane	Etendue	$\alpha$	Moyenne ( $\sigma$ )	Médiane	Etendue
<b>BDI-13</b>	.84	17.10 (7.23)	18.00	4-32	.33	1.62 (1.15)	2.00	0-3
<b>STAI-Y A</b>	.88	64.72 (13.87)	67.37	28-90	.93	32.22 (8.35)	29.60	8.35-20.00
<b>STAI-Y B</b>	.92	65.48 (8.47)	66.00	44-82	.63	48.39 (4.57)	49.00	31.00-61.00
<b>ZTPI</b>								
<i>Passé négatif</i>	.83	3.57 (0.86)	3.56	1.22-5.00	.74	2.50 (0.68)	2.56	1.33-5.00
<i>Passé positif</i>	.53	2.81 (0.69)	2.75	1.50-4.75	.80	3.42 (0.78)	3.50	1.50-5.00
<i>Présent fataliste</i>	.61	2.78 (0.66)	2.78	1.11-4.44	.64	2.30 (0.56)	2.33	1.22-4.11
<i>Présent hédoniste</i>	.76	3.08 (0.65)	3.07	1.47-4.73	.79	3.38 (0.56)	3.33	1.73-4.73
<i>Futur</i>	.74	3.17 (0.58)	3.15	1.46-4.46	.76	3.39 (0.57)	3.42	1.85-4.85
<b>DBTP</b>		3.48 (1.27)	3.18	1.68-7.64		2.11 (0.73)	2.04	0.76-4.80

BDI-13 : Short version of the Beck Depression Inventory ; STAI A : State Anxiety Inventory ; STAI B : Trait Anxiety Inventory ; ZTPI : Zimbardo Time Perspective Inventory ; DBTP : Deviation from Balanced Time Perspective

**Tableau 10.** Indices de dispersion et de distribution (résultats axe 1)

	Groupe clinique			Groupe contrôle		
	KS (p)	S	K	KS (p)	S	K
<b>BDI-13</b>	.802	0.02	-0.67	.003	-0.11	-1.43
<b>STAI A</b>	.454	-0.68	0.01	.098	0.69	-0.50
<b>STAI B</b>	.173	-0.46	-0.51	.159	-0.60	2.28
<b>ZTPI</b>						
<i>Passé négatif</i>	.645	-0.50	0.26	.758	0.76	1.25
<i>Passé positif</i>	.884	0.24	-0.26	.163	-0.28	-0.64
<i>Présent fataliste</i>	.404	0.09	-0.07	.369	0.62	0.98
<i>Présent hédoniste</i>	.413	0.34	0.48	.836	0.00	0.63
<i>Futur</i>	.983	-0.28	0.43	.863	-0.16	0.21
<b>DBTP</b>	.394	1.05	2.55	.027	1.81	4.07

S = skewness (indice d'asymétrie) ; K = kurtosis (indice d'aplatissement) ; KS = test de Kolomogorov-Smirnov

BDI-13 : Short version of the Beck Depression Inventory ; STAI A : State Anxiety Inventory ; STAI B : Trait Anxiety Inventory

### 1.1.1. Dépression et d'anxiété

L'intensité des symptômes dépressifs était mesurée par le BDI-13. L'intensité des symptômes anxieux a été mesurée par le STAI Y : l'anxiété-état était évaluée par l'échelle A, et l'anxiété-trait par l'échelle B.

#### 1.1.1.1. Dispersion et distribution des scores de dépression et d'anxiété

##### GROUPE CLINIQUE

Au sein du groupe clinique, la distribution d'effectifs (médiane) et la distribution des scores (moyenne) pour la dépression sont proches l'une de l'autre. Le constat est similaire pour l'anxiété-trait, et pour l'anxiété-état. La distribution semble par conséquent relativement symétrique pour les scores de dépression et d'anxiété.

Par ailleurs, pour ces trois variables, l'écart-type vaut moins de 50% de la moyenne, ce qui laisse supposer qu'il n'y a pas de données atypiques.

L'indice de symétrie (*skewness*) des scores de dépression est très proche de 0, et indique une bonne symétrie de la dispersion des valeurs : les valeurs sont dispersées équitablement autour de la moyenne. En revanche, les indices de symétrie pour l'anxiété-état et pour l'anxiété-trait sont inférieurs à 0 et indiquent une asymétrie positive : les valeurs supérieures à la moyenne sont plus fréquentes que les valeurs inférieures à la moyenne.

Le coefficient d'aplatissement (*kurtosis*) pour la dépression, l'anxiété-état et l'anxiété-trait est compris entre -2 et +2. L'aplatissement est donc qualifié de mésokurtique : la distribution n'est ni écrasée, ni étirée en forme de pointe.

Afin de tester l'ajustement des données à une distribution gaussienne, nous avons eu recours au test de Kolmogorov-Smirnov, indiqué pour les échantillons avec un effectif  $n > 50$ . La valeur de  $p$  est supérieure à .05 pour les scores de dépression, d'anxiété-état et d'anxiété-trait, ce qui indique que la distribution ne diffère pas significativement d'une distribution théorique normale.

### GROUPE CONTROLE

Au sein du groupe contrôle, la médiane et la moyenne sont proches pour les scores de dépression et d'anxiété-trait, mais l'écart est plus important pour l'anxiété-état. Pour l'anxiété-état et l'anxiété-trait, l'écart type ne représente pas plus de 50% de la moyenne, ce qui suggère qu'il n'y a pas de données atypiques. En revanche, pour les scores de dépression, l'écart-type représente 71% de la moyenne. Cependant, la question des données atypiques n'est pas pertinente, compte tenu du fait que seuls les participants avec des scores inférieurs à 4 au BDI-13 ont été inclus dans le groupe contrôle.

L'indice de symétrie pour la dépression et l'anxiété-état indique une asymétrie positive : les valeurs supérieures à la moyenne sont donc plus fréquentes que les valeurs inférieures à la moyenne. En revanche, l'indice de symétrie pour l'anxiété-trait indique une asymétrie négative : les valeurs inférieures à la moyenne sont donc plus fréquentes.

Le coefficient d'aplatissement pour la dépression et l'anxiété-trait est compris entre -2 et +2. L'aplatissement est donc qualifié de mésokurtique (la distribution n'est ni écrasée, ni étirée en forme de pointe). En revanche, pour l'anxiété-état, le coefficient d'aplatissement est supérieur à 2, ce qui indique une distribution leptokurtique, en forme de pointe.

La valeur du p du test de Kolmogorov-Smirnov est supérieure à .05 pour les scores d'anxiété-état et d'anxiété-trait, ce qui indique que la distribution ne diffère pas significativement d'une distribution théorique normale. En revanche, la valeur du p est inférieure à .05 pour les scores de dépression : l'hypothèse nulle d'une distribution normale des scores de dépression au sein de l'échantillon contrôle est rejetée.

#### **1.1.1.2. Fiabilité, description des scores et différences entre le groupe clinique et le groupe contrôle**

La consistance interne au sein du groupe clinique est bonne pour l'ensemble des variables de dépression et d'anxiété. Les valeurs observées pour les alphas de Cronbach sont les suivantes :  $\alpha=.84$  pour la dépression,  $\alpha=.88$  pour l'anxiété-état et  $\alpha=.92$  pour l'anxiété-trait.

Au sein du groupe contrôle, les valeurs observées pour les alphas de Cronbach sont les suivantes :  $\alpha=.33$  pour la dépression,  $\alpha=.93$  pour l'anxiété-état et  $\alpha=.63$  pour l'anxiété-trait. Nous observons ainsi une faible consistance interne pour les scores de dépression au sein du groupe contrôle. Cependant, compte tenu du fait que seuls les participants avec des scores inférieurs à 4 ont été conservés, et après observation de la base de données, nous observons que pour chaque item les scores s'étendent uniquement de 0 et 1 (les valeurs 2 et 3 n'étant jamais

utilisées) : il n'y a donc pas d'hétérogénéité des scores entre les items du BDI-13.

▪ **Concernant les scores de dépression (BDI-13)**

Les **patients déprimés** (groupe clinique) ont dans l'ensemble un score moyen de 17.10 ( $\sigma=7.23$ ), ce qui correspond à une valeur supérieure au score seuil de dépression sévère. Plus précisément, vingt-trois d'entre eux (28.75%) ont des scores indiquant une **dépression modérée** (entre 8 et 15), et cinquante-sept d'entre eux (71.25%) ont des scores indiquant une **dépression sévère** (16 et plus) ; selon les seuils de gravité proposés par Beck et Beamesderfer, 1974). Les patients ayant des scores inférieurs à 8 n'avaient pas été inclus dans l'échantillon clinique, conformément à nos critères d'inclusion.

Par ailleurs, les **participants non-déprimés** (groupe contrôle) ont tous des scores au BDI-13 inférieurs à 4 (pas de dépression) ; les participants ayant un score supérieur à 4 n'ayant pas été inclus dans le groupe contrôle. Ainsi, les participants non-déprimés ont, comme attendu, un score moyen très faible de 1.62 ( $\sigma=1.15$ ).

Les analyses descriptives présentées ci-dessus nous permettent ainsi de confirmer que les critères d'inclusion et de non inclusion ont permis de constituer deux groupes significativement et considérablement distincts concernant les scores de dépression. En effet, la différence des scores entre l'échantillon clinique et l'échantillon contrôle est significative ( $Z=-10.62$ ,  $p=.000$ ) et le calcul du  $d$  de Cohen indique que la différence entre les deux groupes peut être considérée comme immense ( $d=2.99$ ) (Cohen, 1988 ; Sawilowsky, 2009).

▪ **Concernant les scores d'anxiété-état (STAI A) et d'anxiété-trait (STAI B)**

Les **patients déprimés** (groupe clinique) ont un score moyen de 64.72 ( $\sigma=13.87$ ) à l'anxiété-état, et 65.48 ( $\sigma=8.47$ ) à l'anxiété-trait, ce qui indique, selon les normes de la version française, des niveaux respectivement élevés (entre 56 et 65) et très élevés (supérieur à 65) d'anxiété-état et d'anxiété-trait. La majorité de l'échantillon clinique est composé de patients dont les scores correspondent à une anxiété très élevée.

Plus précisément, concernant l'anxiété-état, 7 patients (8.75%) présentent une anxiété faible (inférieur à 45), 8 patients (10%) présentent une anxiété moyenne (entre 45 et 55), 24 patients (30%) présentent une anxiété élevée (entre 56 et 65), et 41 patients (51.25%) présentent une anxiété très élevée (supérieur à 65). Concernant l'anxiété-trait, 6 patients (7.5%) présentent une anxiété moyenne, 32 patients (40%) présentent une anxiété élevée, 42 patients (52.5%) présentent une anxiété très élevée, et aucun d'entre eux ne présente une anxiété faible.

Les **participants non-déprimés** (groupe contrôle) ont un score moyen de 32.22 ( $\sigma=8.35$ ) à l'anxiété-état, et 48.39 ( $\sigma=4.57$ ) à l'anxiété-trait, ce qui indique des niveaux respectivement faibles et moyens d'anxiété-état et d'anxiété-trait. Plus précisément, concernant l'anxiété-état, 74 participants (86.16%) présentent une anxiété faible, 8 participants (9.64%) présentent une anxiété moyenne, et un seul participant (1.25%) présente une anxiété élevée. Concernant l'anxiété-trait, 14 participants (16.88%) présentent une anxiété faible, 77 participants (92.77%) présentent une anxiété moyenne, et deux participants (2.41%) présentent une anxiété élevée. Parmi les participants non-déprimés, aucun d'entre eux ne présente une anxiété très élevée, qu'il s'agisse de l'anxiété-trait ou de l'anxiété-état.

La différence de moyenne entre les deux groupes est significative pour l'anxiété-état ( $Z=-9.89$ ,  $p=.000$ ) et l'anxiété-trait ( $Z=-9.70$ ,  $p=.000$ ). Le calcul des *d de Cohen* ( $d=2.84$  pour l'échelle A et  $d=2.51$  pour l'échelle B) indique que l'écart entre les moyennes peut être considéré comme immense (Cohen, 1988 ; Sawilowsky, 2009).

Pour conclure sur les analyses descriptives réalisées des niveaux de dépression et d'anxiété, nous observons au sein du groupe clinique un échantillon de patients présentant majoritairement et en moyenne une dépression sévère, ainsi que des niveaux d'anxiété-trait et d'anxiété-état très élevés. Le groupe contrôle est constitué de participants présentant de très faibles scores de symptômes dépressifs, comme attendu compte tenu de nos critères d'inclusion, ainsi que des niveaux d'anxiété-trait et d'anxiété-état respectivement faibles et moyens. Ainsi, le groupe de patients déprimés présente des niveaux de dépression et d'anxiété élevés et significativement supérieurs à ceux du groupe contrôle.

### 1.1.2. Dimensions de la perspective temporelle et DBTP

La perspective temporelle était mesurée par l'intermédiaire du ZTPI, composé de cinq dimensions : *passé négatif*, *passé positif*, *présent fataliste*, *présent hédoniste*, orientation vers le *futur*.

La DBTP (*Deviation from Balanced Time Perspective*) est un score calculé à partir des cinq scores aux dimensions du ZTPI<sup>18</sup>. Il correspond à l'écart moyen entre le profil temporel des participants et le profil temporel idéalement équilibré (*Balanced Time Perspective*, *BTP*).

<sup>18</sup> Voir Méthodologie de la recherche

### 1.1.2.1. Dispersion et distribution des scores de perspective temporelle et de DBTP

#### GROUPE CLINIQUE

Au sein de l'échantillon clinique, la médiane et la moyenne des cinq dimensions de la perspective temporelle sont proches l'une de l'autre. Ainsi, la distribution semble relativement symétrique. Par ailleurs, pour les cinq dimensions, l'écart-type vaut moins de 50% de la moyenne, ce qui laisse supposer qu'il n'y a pas de données atypiques.

L'indice de symétrie est proche de 0 pour le *présent fataliste*, indiquant une bonne dispersion des valeurs autour de la moyenne. En revanche, l'indice de symétrie pour le *passé positif* et pour le *présent hédoniste* indique une asymétrie négative : les valeurs inférieures à la moyenne sont plus fréquentes que les valeurs supérieures à la moyenne. Enfin, le coefficient pour le *passé négatif* et l'orientation vers le *futur* indique une asymétrie positive : les valeurs supérieures à la moyenne sont plus fréquentes.

Le coefficient d'aplatissement est compris entre -2 et +2 pour chacune des dimensions de la perspective temporelle. La distribution est donc qualifiée de mésokurtique (ni étirée, ni en pointe).

Le test de Kolmogorov-Smirnov indique une valeur de p non significative pour les cinq dimensions du ZTPI : la distribution ne diffère pas significativement d'une distribution normale.

Concernant la distribution des scores de DBTP, nous observons une asymétrie négative ainsi qu'un indice d'aplatissement supérieur à 2 ; cela indique une distribution leptokurtique, en forme de pointe, avec des valeurs inférieures à la moyenne plus fréquentes. Le test de Kolmogorov-Smirnov indique une valeur de p supérieure à .05, la distribution ne diffère donc pas d'une distribution théorique normale.

#### GROUPE CONTROLE

Au sein de l'échantillon contrôle, nous observons également une distribution relativement symétrique des dimensions de la perspective temporelle (la médiane et la moyenne de chaque dimension étant proches), et il ne semble pas non plus y avoir de données atypiques (pour chaque dimension, l'écart-type est inférieur à 50% de la moyenne). Les coefficients d'asymétrie indiquent une symétrie parfaite pour le *présent hédoniste* ( $S=0$ ), et une asymétrie négative pour le *passé négatif* et le *présent fataliste*. En revanche, nous observons une asymétrie positive pour le *passé positif* et l'orientation vers le *futur*. L'indice d'aplatissement est compris entre -2 et +2 pour chacune des dimensions du ZTPI, ce qui indique, à nouveau, une distribution

mésokurtique.

Le test de Kolomogorov-Smirnov indique une valeur de  $p$  supérieure à .05 pour chaque dimension du ZTPI : la distribution ne diffère pas significativement d'une distribution théorique normale.

Concernant la distribution des scores de DBTP, nous observons une asymétrie négative ainsi qu'un coefficient d'aplatissement supérieur à 2, ce qui indique une distribution de type leptokurtique (en pointe). Par ailleurs, le test de Kolomogorov-Smirnov indique une valeur de  $p$  significative : l'hypothèse nulle d'une distribution normale des scores de DBTP au sein de l'échantillon contrôle est rejetée.

### 1.1.2.2. Fiabilité et description des scores de perspective temporelle

Concernant la consistance interne, au sein de l'échantillon clinique, les résultats indiquent les valeurs suivantes pour les alphas de Cronbach calculés :  $\alpha=.83$  pour le *passé négatif*,  $\alpha=.53$  pour le *passé positif*,  $\alpha=.61$  pour le *présent fataliste*,  $\alpha=.76$  pour le *présent hédoniste*, et  $\alpha=.74$  pour l'orientation vers le *futur*. La consistance interne est satisfaisante pour l'ensemble des dimensions à l'exception du *passé positif* pour laquelle nous observons une certaine hétérogénéité des items, bien que la valeur demeure suffisamment acceptable.

Au sein de l'échantillon contrôle, les résultats indiquent les valeurs suivantes pour les alphas de Cronbach calculés :  $\alpha=.74$  pour le *passé négatif*,  $\alpha=.80$  pour le *passé positif*,  $\alpha=.64$  pour le *présent fataliste*,  $\alpha=.79$  pour le *présent hédoniste*, et  $\alpha=.76$  pour l'orientation vers le *futur*. La consistance interne est donc satisfaisante pour toutes les dimensions de la perspective temporelle.

Les scores moyens des **patients déprimés** (groupe clinique) sont ordonnés hiérarchiquement de la façon suivante : *passé négatif* (3.47,  $\sigma=0,86$ ), *présent hédoniste* (3.08,  $\sigma=0,65$ ), *futur* (3.17,  $\sigma=0,58$ ), *passé positif* (2.81,  $\sigma=0,69$ ) et *présent fataliste* (2.78,  $\sigma=0,66$ ).

Pour les **participants non-déprimés** (groupe contrôle), les scores moyens sont ordonnés hiérarchiquement de la façon suivante : *passé positif* (3.42,  $\sigma=0,78$ ), *futur* (3.39,  $\sigma=0,57$ ), *présent hédoniste* (3.38,  $\sigma=0,56$ ), *passé négatif* (2.50,  $\sigma=0,68$ ) et *présent fataliste* (2.30,  $\sigma=0,56$ ).

Les différences significatives des scores aux dimensions de la perspective temporelle entre l'échantillon clinique et l'échantillon contrôle seront présentées ultérieurement, dans les résultats concernant les hypothèses de l'axe 1.

### 1.1.3. Variables socio-démographiques et médico-psychologiques

Les tests de comparaison de groupe ont confirmé qu'aucune différence significative n'était observée entre le groupe clinique et le groupe contrôle sur la variable *âge* ( $Z=-0.36$ ,  $p>.05$ ). De même, le sex-ratio n'est pas significativement différent entre les deux échantillons (*khi-deux*  $p>.05$ ).

Au sein de chaque groupe, les corrélations liées à l'âge et les différences liées au genre et aux caractéristiques socio-démographiques ont également été investiguées.

Afin d'investiguer le lien entretenu par l'âge avec les différentes variables dépendantes, des Rho de Spearman ont été utilisées pour les variables qui ne remplissaient pas les critères de normalité. Des corrélations de Pearson ( $r$ ) ont été utilisées pour les variables qui remplissaient les critères de normalité.

Compte tenu de la différence d'effectifs entre les hommes et les femmes, ainsi que de la faible proportion de participants masculins (<20 dans chacun des deux groupes), le test non-paramétrique de Mann-Whitney a été utilisé afin d'investiguer les différences selon le genre.

#### GROUPE CLINIQUE

Au sein de l'échantillon clinique, les femmes ( $n=62$ ) ont des scores de dépression significativement supérieurs aux scores des participants masculins ( $n=18$ ) ( $Z=-2.42$ ,  $p=.016$ ). Les participantes de sexe féminin ont également des scores plus élevés aux dimensions *passé négatif* ( $Z=-2.02$ ,  $p=.043$ ) et *présent hédoniste* ( $Z=-2.29$ ,  $p=.022$ ) de la perspective temporelle.

Les analyses corrélationnelles indiquent que l'âge est corrélé significativement et négativement avec les scores de dépression ( $-.52$ ,  $p=.000$ ), avec le *passé négatif* ( $-.40$ ,  $p=.000$ ), le *présent fataliste* ( $-.39$ ,  $p=.001$ ), et avec le *présent hédoniste* ( $-.41$ ,  $p=.000$ ). L'âge est également corrélé significativement et positivement à la dimension *futur* ( $.26$ ,  $p=.029$ ) de la perspective temporelle.

Parmi les patients déprimés, aucune différence n'est observable entre les patients actuellement en relation conjugale (en couple, concubinage, pacsés ou mariés) et les patients actuellement célibataires. De même, aucune différence significative n'est observable sur l'ensemble des variables entre les patients actuellement en activité professionnelle (ou étudiants) et les participants sans activité professionnelle. Enfin, aucune différence significative n'est observable entre les patients actuellement hospitalisés et les patients non hospitalisés.

### GROUPE CONTROLE

Au sein de l'échantillon contrôle, le test U de Mann Whitney n'indique aucune différence significative entre les hommes et les femmes sur l'ensemble des variables dépendantes.

Les analyses corrélationnelles indiquent qu'au sein des participants non-déprimés, l'âge ne corrèle significativement avec aucune des variables dépendantes.

Les participants du groupe contrôle qui vivent actuellement une relation conjugale (n=44) ont des scores de dépression significativement plus élevés que les scores de dépression des participants célibataires (n=39) ( $Z=-2.15$ ,  $p=.031$ ).

Aucune différence significative n'est observée entre les participants qui ont déjà été pris en charge psychologiquement et ceux qui ne l'ont jamais été, et entre les participants qui sont actuellement pris en charge psychologiquement et ceux qui ne le sont pas. Enfin, aucune différence n'est observable entre les participants qui sont actuellement en activité (ou étudiants), et ceux qui sont sans activité professionnelle.

## 1.2. Comparaison des scores de perspective temporelle et de DBTP entre patients déprimés et participants non-déprimés

### 1.2.1. Rappel des hypothèses

**Hypothèse générale 1** : les patients déprimés auraient un profil temporel significativement altéré et déséquilibré en comparaison des participants non-déprimés.

- **H1a.** Les patients déprimés auraient des scores aux dimensions *passé négatif* et *présent fataliste* plus élevés que les participants non-déprimés.
- **H1b.** Les patients déprimés auraient des scores aux dimensions *présent hédoniste*, *passé positif* et *futur* plus faibles que les participants non-déprimés.
- **H1c.** Les patients déprimés auraient un profil temporel significativement plus déséquilibré, c'est-à-dire plus éloigné du profil temporel optimal (*Balanced Time Perspective*), que les participants non-déprimés.

### 1.2.2. Comparaison des échantillons

#### 1.2.2.1. Test t de Student et test U de Mann-Whitney

Le détail des résultats des tests de comparaison entre les patients déprimés et les participants non-déprimés est disponible dans le **tableau 11**.

Etant donné que les conditions d'application de test paramétrique (hypothèse d'une distribution gaussienne et homogénéité des variances) ont été vérifiées pour chacune des sous-dimensions du ZTPI, le test paramétrique du t de Student a été utilisé lors de ces comparaisons. En revanche, ces conditions de validité n'étaient pas vérifiées pour les scores de DBTP, le test non-paramétrique du U de Mann-Whitney a ainsi été utilisé.

Les patients déprimés ont en moyenne des scores respectifs de 3.57 ( $\sigma=0.86$ ) et 2.78 ( $\sigma=0.66$ ) aux dimensions *passé négatif* et *présent fataliste* du ZTPI. Pour les mêmes dimensions, les participants non-déprimés ont des scores moyens respectifs de 2.50 ( $\sigma=0.68$ ) et 2.30 ( $\sigma=0.56$ ).

Pour chacune de ces deux dimensions, la différence des moyennes ( $d=1.07$  pour le *passé négatif*, et  $d=0.48$  pour le *présent fataliste*) entre les deux échantillons est significative.

Ainsi, les patients déprimés ont des scores significativement supérieurs aux dimensions *passé négatif* ( $t=8.612$ ,  $p=.000$ ) et *présent fataliste* ( $t=4.942$ ,  $p=.000$ ) du ZTPI, en comparaison des participants non-déprimés.

**L'hypothèse H1a est ainsi validée** (H1a. Les patients déprimés auraient des scores aux dimensions *passé négatif* et *présent fataliste* plus élevés que les participants non-déprimés).

Concernant les dimensions *passé positif* et *présent hédoniste*, les patients déprimés ont des scores moyens respectifs de 2.81 ( $\sigma=0.69$ ) et 3.08 ( $\sigma=0.65$ ). Les participants non-déprimés ont des scores moyens respectifs de 3.42 ( $\sigma=0.78$ ) et 3.38 ( $\sigma=0.56$ ) pour ces mêmes dimensions.

Pour chacune de ces deux dimensions, la différence des moyennes ( $d=0.61$  pour le *passé positif*, et  $d=0.30$  pour le *présent hédoniste*) entre les deux échantillons est significative. Ainsi, les patients déprimés ont des scores significativement inférieurs aux dimensions *passé positif* ( $t=-5.157$ ,  $p=.000$ ) et *présent hédoniste* ( $t=-3.088$ ,  $p=.002$ ) du ZTPI, en comparaison des participants non-déprimés.

Les patients déprimés ont un score moyen de 3.17 ( $\sigma=0.58$ ) à la dimension *futur*, et les participants non-déprimés ont un score moyen de 3.39 ( $\sigma=0.57$ ) à cette même dimension. La différence des moyennes ( $d=0.22$ ) est significative ( $t=-2.486$ ,  $p=.014$ ). Ainsi, les patients déprimés ont des scores significativement inférieurs à la dimension *futur* du ZTPI, en comparaison des participants non-déprimés.

**L'hypothèse H1b est ainsi validée** (H1b. Les patients déprimés auraient des scores aux dimensions *présent hédoniste*, *passé positif* et *futur* plus faibles que les participants non-déprimés).

Enfin, les patients déprimés ont un score moyen de DBTP de 3.48 ( $\sigma=1.27$ ), et les participants ont un score moyen de DBTP de 2.11 ( $\sigma=0.73$ ).

Le test non-paramétrique du  $U$  de Mann-Whitney a été appliqué. Les rangs moyens du groupe clinique et du groupe contrôle à la DBTP sont respectivement de 83.35 et 80.67. La différence des rangs entre les deux groupes est significative ( $Z=-8.12$ ,  $p=.000$ ). Ainsi, les patients déprimés ont en moyenne des scores significativement plus éloignés du profil temporel optimal que les participants non-déprimés.

**L'hypothèse H1c est ainsi validée** (H1c. Les patients déprimés auraient un profil temporel significativement plus déséquilibré, c'est-à-dire plus éloigné du profil temporel optimal que les participants non-déprimés).

**Tableau 11.** Comparaison des scores de perspective temporelle et de DBTP entre patients déprimés et participants non-déprimés

	Patients déprimés (N=80)	Participants non-déprimés (N=83)	Test t	Significativité (p)	Intervalle de confiance (95%)		d de Cohen
	Moyenne ( $\sigma$ )				Inférieur	Supérieur	
<b>Perspective temporelle (ZTPI)</b>							
<i>Passé Négatif</i>	3.57 (0.86)	2.50 (0.68)	8.612	<b>.000</b>	-0.823	1.313	1.38
<i>Passé Positif</i>	2.81 (0.69)	3.42 (0.78)	-5.157	<b>.000</b>	-0.847	-0.878	0.83
<i>Présent Fataliste</i>	2.78 (0.66)	2.30 (0.56)	4.942	<b>.000</b>	0.289	0.675	0.78
<i>Présent Hédoniste</i>	3.08 (0.65)	3.38 (0.56)	-3.088	<b>.002</b>	-0.493	-0.108	0.49
<i>Futur</i>	3.17 (0.58)	3.39 (0.57)	-2.486	<b>.014</b>	-0.412	-0.047	0.38
			<b>U de Mann-Whitney</b>		<b>Significativité (p)</b>		
<b>DBTP</b>	3.48 (1.27)	2.11 (0.73)	Z=-8.12		<b>.000</b>		1.32

DBTP : Deviation from Balanced Time Perspective

### 1.2.2.2. Taille d'effet (d de Cohen)

Les tests t significatifs nous permettent de conclure que les différences observées ne sont pas simplement dû au hasard. Toutefois, cela ne nous permet pas de déterminer l'importance de ces différences. Compte tenu que des différences significatives sont observées sur chaque dimension de la perspective temporelle, nous avons eu recours au calcul de la taille d'effet, par l'intermédiaire du d de Cohen<sup>19</sup>, afin d'apprécier l'importance de la différence.

Ainsi, selon les seuils proposés par Cohen (1988), l'intensité de l'écart entre les moyennes peut être considérée comme très élevée pour la dimension *passé négatif* (d de Cohen = 1.38) et les scores à la DBTP (d de Cohen = 1.32). La taille d'effet peut être considérée comme

<sup>19</sup> Voir Méthodologie de la recherche

élevée pour la dimension *passé positif* (d de Cohen=0.83), et comme moyenne pour la dimension *présent fataliste* (d de Cohen=0.78). Enfin, l'écart entre les moyennes peut être considéré comme faible pour la dimension *présent hédoniste* (d de Cohen=0.49), et d'autant plus pour la dimension *futur* (d de Cohen=0.38).

### 1.3. Analyses de corrélation et de régression entre perspective temporelle, anxiété et dépression

#### 1.3.1. Rappel des hypothèses

**Hypothèse générale 2 :** les symptômes dépressifs et anxieux seraient significativement associés aux dimensions de la perspective temporelle et à l'équilibre du profil temporel (*Balanced Time Perspective*).

- **H2a.** Les dimensions *passé négatif* et *présent fataliste* seraient positivement associées aux scores d'anxiété et de dépression.
- **H2b.** Les dimensions *présent hédoniste*, *passé positif* et *futur* seraient négativement associées aux scores d'anxiété et de dépression.
- **H2c.** Des scores plus élevés d'anxiété et de dépression seraient positivement associés à un profil temporel plus déséquilibré (plus éloigné de la BTP).

#### 1.3.2. Corrélations entre perspective temporelle, anxiété et dépression

##### 1.3.2.1. Corrélations auprès des patients déprimés (groupe clinique)

Le **tableau 12** présente les corrélations entre les scores aux différentes dimensions de la perspective temporelle, mesurées par le ZTPI, la DBTP, ainsi que les scores d'anxiété et de dépression (mesurés respectivement par le STAI et le BDI-13) ; auprès des 80 patients déprimés de l'échantillon clinique.

Concernant les intercorrélations entre les dimensions de la perspective temporelle, nous observons que les dimensions *passé négatif* et *présent fataliste* sont positivement et moyennement corrélées entre elles (.45,  $p < .001$ ), et que les dimensions *passé positif* et *présent*

*hédoniste* sont positivement et faiblement corrélées entre elles (.25,  $p < .05$ ).

Ainsi, chez les patients déprimés, une plus forte tendance à être orienté négativement vers le passé est associé à une plus forte tendance à adopter une attitude fataliste. De plus, une plus forte tendance à être orienté positivement vers le passé est associé à une plus forte tendance à adopter une attitude *hédoniste*.

La DBTP est fortement et positivement corrélée avec le *passé négatif* (.63,  $p < .001$ ) et le *présent fataliste* (.55,  $p < .001$ ), et fortement et négativement corrélée avec le *passé positif* (-.63,  $p < .001$ ). Les scores de DBTP sont également moyennement et négativement corrélés avec l'orientation vers le *futur* (-.46,  $p < .001$ ).

Ainsi, chez les patients déprimés, un profil temporel plus déséquilibré est associé à une plus forte tendance à être orienté négativement vers le passé et à adopter une attitude fataliste, et une plus faible tendance à être orienté positivement vers le passé et à s'orienter vers le futur.

Concernant les corrélations entre les dimensions de la perspective temporelle et les symptômes anxieux et dépressifs, nous observons que les scores de dépression sont fortement et positivement corrélés au *passé négatif* (.55,  $p < .001$ ) et au *présent fataliste* (.55,  $p < .001$ ), et négativement et faiblement corrélés avec l'orientation vers le *futur* (.28,  $p < .05$ ). En revanche, les scores de dépression ne sont pas associés significativement au *passé positif* et au *présent hédoniste*.

Les scores d'anxiété-trait sont positivement et moyennement corrélés avec le *passé négatif* (.36,  $p < .01$ ) mais avec aucune des autres dimensions du ZTPI, et aucune corrélation significative n'est observée entre l'anxiété-état et les dimensions du ZTPI.

Ainsi, chez les patients déprimés, une plus forte intensité des symptômes dépressifs est associée à une plus forte tendance à être orienté négativement vers le passé et à adopter une attitude fataliste, ainsi qu'à une plus faible tendance à être orienté vers le futur. De plus, une plus forte tendance générale à ressentir de l'anxiété est associé à une plus forte tendance à s'orienter négativement vers le passé.

Enfin, les scores de DBTP sont corrélés positivement et fortement avec les symptômes dépressifs (.56,  $p < .001$ ), et sont corrélés positivement et moyennement avec l'anxiété-trait (.34,  $p < .01$ ) mais pas avec l'anxiété-état.

Ainsi, chez les patients déprimés, une intensité plus élevée des symptômes dépressifs et anxieux est associée à un profil temporel plus déséquilibré, qui s'éloigne davantage du profil temporel optimal.

**Tableau 12.** Corrélations entre les scores de perspective temporelle, de DBTP, d'anxiété et de dépression au sein des patients déprimés (groupe clinique) (n=80)

	BDI-13	STAI A	STAI B	PN	PP	PF	PH	FUT	DBTP
BDI-13	1								
STAI A	.10	1							
STAI B	.29*	.59***	1						
PN	.54***	.15	.36**	1					
PP	-.12	-.06	-.20	-.20	1				
PF	.55***	.08	.21	.45***	.09	1			
PH	.12	-.11	-.11	.13	.25*	.22	1		
FUT	-.28*	-.05	-.06	-.14	.07	.07	-.20	1	
DBTP	.56***	.11	.34**	.67***	-.63***	.55***	-.14	-.46***	1

\*p < .05 ; \*\* p < .01 ; \*\*\* p < .001

BDI-13 : Short version of the Beck Depression Inventory ; STAI A : State Anxiety Inventory ; STAI B : Trait Anxiety Inventory ; PN : Passé Négatif ; PP : Passé Positif ; PF : Présent Fataliste ; PH : Présent Hédoniste ; FUT : orientation vers le futur ; DBTP : Deviation from Balanced Time Perspective

### 1.3.2.2. Corrélations auprès des participants non-déprimés (groupe contrôle)

Le **tableau 13** présente les corrélations entre les scores aux différentes dimensions de la perspective temporelle et les scores d'anxiété et de dépression, auprès des 83 participants non-déprimés de l'échantillon contrôle.

Etant donné que la distribution des scores de DBTP au sein du groupe contrôle n'apparaît pas compatible avec une distribution gaussienne, le test non-paramétrique Rhô de Spearman a été utilisé afin d'investiguer les liens que la DBTP entretient avec les autres variables.

Concernant les intercorrélations entre les dimensions de la perspective temporelle, nous observons que la dimension *passé négatif* est faiblement et positivement corrélée avec le *présent fataliste* (.26, p<.05), et faiblement et négativement corrélée avec le *passé positif* (.27, p<.05) et l'orientation vers le *futur* (-.26, p<.05). La dimension *présent fataliste* est négativement et moyennement corrélée avec l'orientation vers le *futur* (-.35, p<.01), et positivement et moyennement corrélée avec le *présent hédoniste* (.31, p<.05). Enfin, le *présent hédoniste* est faiblement et négativement corrélée avec l'orientation vers le *futur* (-.28, p<.05).

Les scores de DBTP sont fortement et négativement corrélés avec le *passé positif* (-.74,  $p < .001$ ), et faiblement et négativement corrélés avec l'orientation vers le *futur* (-.25,  $p < .05$ ). De plus, la DBTP est positivement et moyennement corrélée avec le *passé négatif* (.38,  $p < .001$ ), et avec le *présent fataliste* (.45,  $p < .001$ ).

Concernant les corrélations entre les dimensions de la perspective temporelle et les symptômes anxieux et dépressifs, nous observons que les scores de dépression sont moyennement et positivement corrélés avec le *passé négatif* (.35,  $p < .01$ ), et positivement et faiblement corrélés avec le *présent fataliste* (.23,  $p < .05$ ).

En revanche, les symptômes dépressifs ne sont pas significativement associés au *passé positif*, au *présent hédoniste* et à l'orientation vers le *futur*. L'anxiété-trait est positivement et moyennement corrélée avec le *passé négatif* (.33,  $p < .05$ ) mais avec aucune autre des dimensions du ZTPI, et aucune corrélation significative n'est observée entre l'anxiété-état et les dimensions du ZTPI.

Enfin, les scores de DBTP ne sont corrélés ni avec les scores de dépression, ni avec les scores d'anxiété (qu'il s'agisse de l'anxiété-trait ou état) ( $p > .05$ ).

**Tableau 13.** Corrélations entre les scores de perspective temporelle, de DBTP, d'anxiété et de dépression au sein des participants non-déprimés (groupe contrôle) (n=83)

	BDI-13	STAI A	STAI B	PN	PP	PF	PH	FUT	DBTP
BDI-13	1								
STAI A	.13	1							
STAI B	.37	-.06	1						
PN	.35**	.27*	.33**	1					
PP	-.08	-.01	-.01	-.27*	1				
PF	.23*	.11	.08	.26*	-.23*	1			
PH	-.13	-.11	.06	.02	.03	.31**	1		
FUT	.06	.19	.20	.26*	.11	-.35**	-.28*	1	
DBTP	.20	.16	.04	.38***	-.74***	.45***	-.09	-.25*	1

\* $p < .05$  ; \*\*  $p < .01$  ; \*\*\*  $p < .001$

BDI-13 : Short version of the Beck Depression Inventory ; STAI A : State Anxiety Inventory ; STAI B : Trait Anxiety Inventory ; PN : Passé Négatif ; PP : Passé Positif ; PF : Présent Fataliste ; PH : Présent Hédoniste ; FUT : Orientation vers le futur ; DBTP : Deviation from Balanced Time Perspective

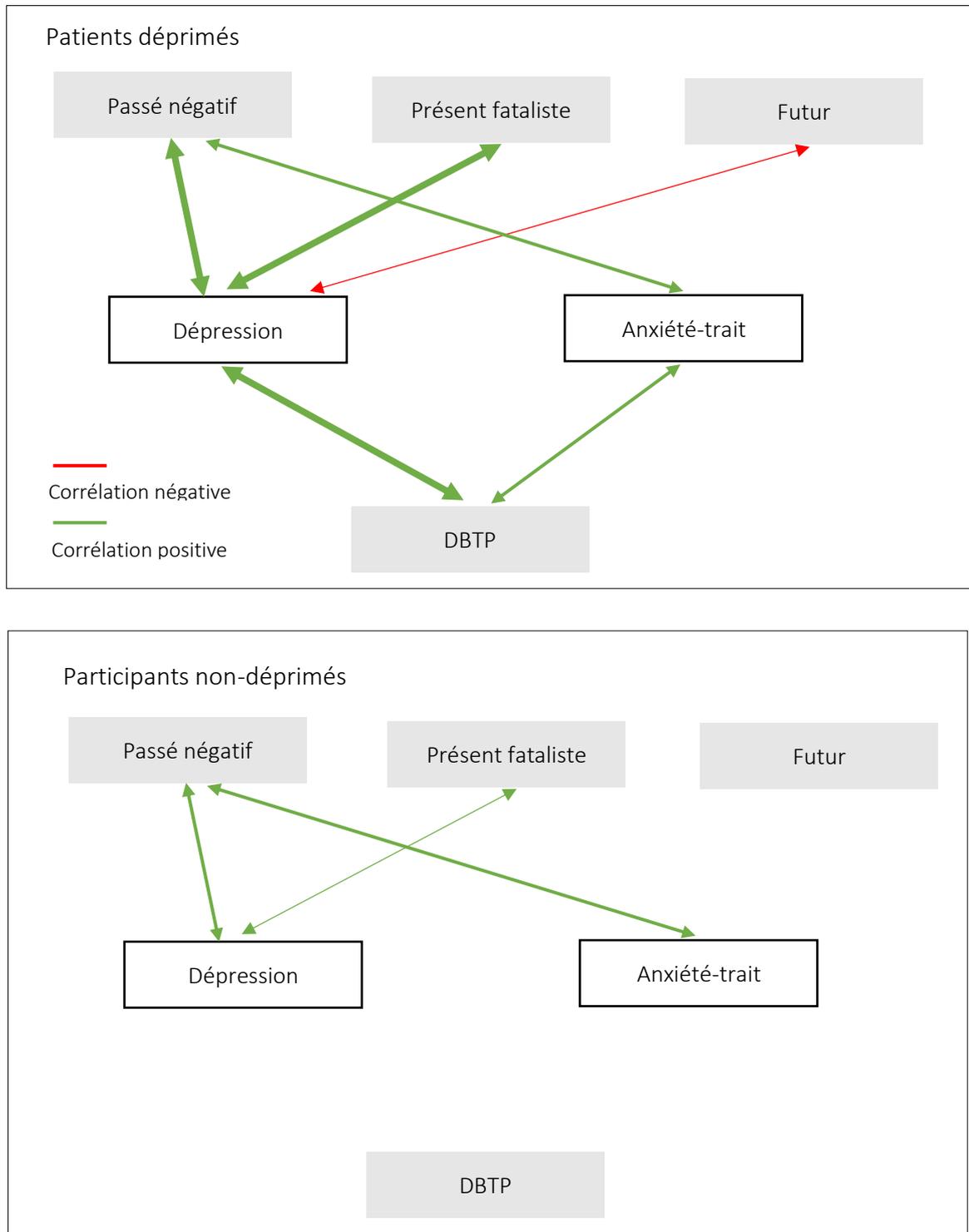
### 1.3.2.3. Comparaison des corrélations entre patients déprimés et participants non-déprimés

La **figure 10** présente la comparaison entre les patients déprimés (groupe clinique) et les participants non-déprimés (groupe contrôle) des corrélations entre les dimensions de la perspective temporelle, la DBTP, et les symptômes anxieux et dépressifs (l'épaisseur des traits représentant l'intensité de la corrélation).

Dans l'ensemble, les corrélations observées au sein de chaque échantillon demeurent relativement similaires. Cependant, nous pouvons observer une relative diminution de l'intensité du lien entre les symptômes anxieux et dépressifs et les dimensions de la perspective temporelle chez les participants non-déprimés.

Plus particulièrement, nous observons en effet qu'auprès des patients déprimés, l'intensité de la relation est plus forte entre les symptômes dépressifs et les scores aux dimensions *passé négatif*, *présent fataliste*. De plus, auprès des participants non-déprimés, les scores de dépression ne sont plus associés à l'orientation vers le futur, et les scores de DBTP ne sont plus associés ni à la dépression, ni à l'anxiété-trait.

**Figure 10.** Comparaison entre les patients déprimés et les participants non-déprimés des corrélations significatives entre la perspective temporelle, la DBTP et les symptômes anxieux et dépressifs



### 1.3.3. Analyses de régression : effet prédicteur de la perspective temporelle et de la DBTP sur les scores d'anxiété et de dépression au sein des patients déprimés

Les analyses de régression ont été conduites auprès des 80 patients déprimés de l'échantillon clinique. La sélection des variables indépendantes (VI) a été basée sur les analyses de corrélation de chaque VI avec les différentes variables dépendantes (VD) : les symptômes dépressifs et l'anxiété-trait. Toutes les variables d'influence ont été incluses dans les modèles. L'anxiété-état n'étant associée significativement à aucune des dimensions du ZTPI, elle n'a été introduite dans aucun des modèles de régression effectués. Ainsi, seules les dimensions de la perspective temporelle corrélant de manière significative aux symptômes dépressifs et à l'anxiété-trait ont été conservées dans les analyses de régression.

Toutes les analyses de régression ont été réalisées en mettant dans les modèles les variables relatives à l'âge et au sexe, afin de contrôler leurs effets sur les VD.

Préalablement à chaque analyse de régression, une analyse de variance (ANOVA) a été réalisée afin de déterminer si, pour chaque modèle testé, l'hypothèse nulle d'absence de relation linéaire entre la VD et les VI pouvait être rejetée. Lorsque le modèle était significatif ( $p < .5$ ), le prédicteur contribuait donc à mieux prédire la variable dépendante (que le modèle sans prédicteur).

Etant donné que les scores de DBTP sont calculés à partir des scores aux dimensions de la perspective temporelle, il apparaissait plus cohérent de ne pas regrouper la DBTP et les autres dimensions de la perspective temporelle au sein du même modèle de régression.

#### 1.3.3.1. Effet prédicteur de la perspective temporelle sur les scores d'anxiété et de dépression

Les résultats de la régression sont présentés dans le **tableau 14**.

Les analyses corrélationnelles mettaient en évidence une relation significative des scores de dépression avec les dimensions *passé négatif*, *présent fataliste*, et *futur* de la perspective temporelle. Ces variables ont ainsi été conservées dans le modèle de régression. L'ANOVA fait apparaître une différence significative ( $F=11.28$ ,  $p=.000$ ), indiquant que les prédicteurs permettent d'obtenir une estimation plus fiable et précise des scores de dépression (que si l'on ne tenait pas compte de ces prédicteurs). Par ailleurs, aucune colinéarité n'a été mise en évidence pour ce modèle ( $VIF < 2$ ).

Les résultats de la régression indiquent que les scores de dépression sont associés significativement et positivement aux dimensions *passé négatif* ( $\beta=0.95$  ;  $t=2.46$ ,  $p=.017$ ) et *présent fataliste* ( $\beta=0.25$  ;  $t=2.17$ ,  $p=.033$ ) de la perspective temporelle, en contrôlant les effets de l'âge et du genre. En revanche, la dimension *futur* n'est pas associée significativement aux scores de dépression ( $p>.05$ ). Ainsi, plus les patients déprimés sont orientés vers les dimensions *passé négatif* et *présent fataliste*, plus le niveau de dépression est élevé. La variabilité des scores de dépression est expliquée à 46% par le modèle de régression.

Lors des analyses corrélationnelles, seule la dimension *passé négatif* de la perspective temporelle était corrélée significativement à l'anxiété-trait. Ainsi, il s'agit de la seule variable indépendante qui a été incluse dans le modèle de régression. L'ANOVA fait apparaître une différence significative ( $F=4.85$ ,  $p=.004$ ), indiquant que la prise en compte du prédicteur (le *passé négatif*) permet une estimation plus fiable et précise des scores d'anxiété-trait. Par ailleurs, aucune colinéarité n'a été mise en évidence pour ce modèle ( $VIF<2$ ).

Les résultats de la régression indiquent que l'anxiété-trait est associée significativement et positivement à la dimension *passé négatif* de la perspective temporelle ( $\beta=.47$  ;  $t=3.74$ ,  $p=.000$ ), en contrôlant pour l'âge et le sexe. Ainsi, plus les patients déprimés sont orientés vers le *passé négatif*, plus le niveau d'anxiété-trait est élevé. La variabilité des scores d'anxiété-trait est expliquée à 18% par le modèle de régression.

**Tableau 14.** Effet prédicteur de la perspective temporelle sur les scores d'anxiété et de dépression au sein des patients déprimés ( $n=80$ )

Modèles	VI (ZTPI)	R <sup>2</sup>	$\beta$	B	t	p	IC 95% pour B	
							Min	Max
<b>VD</b>								
	Passé négatif		.27	2.33	<b>2.46</b>	<b>.017</b>	0.44	4.22
	Présent fataliste		.25	2.70	<b>2.17</b>	<b>.033</b>	-7.98	20.28
<b>BDI-13</b>	Futur	.46	-.07	-0.90	-0.71	.479	-3.39	1.61
	Age		-.26	-0.14	<b>-2.51</b>	<b>.015</b>	-0.24	-0.03
	Sexe		.12	1.94	1.23	.223	-1.21	5.08
<b>STAI B</b>	Passé négatif		.47	7.84	<b>3.74</b>	<b>.000</b>	3.66	12.02
	Age	.18	.15	-5.33	1.22	.226	-0.09	0.39
	Sexe		-.17	0.15	-1.46	.148	-12.59	1.93

VD = Variable Dépendante ; VI = Variable Indépendante ; IC = Intervalle de Confiance

BDI-13 : *Short version of the Beck Depression Inventory* ; STAI B : *Trait Anxiety Inventory* ; ZTPI : *Zimbardo Time Perspective Inventory*

### 1.3.3.2. Effet prédicteur des scores de DBTP sur les scores d'anxiété et de dépression

Les résultats de la régression sont présentés dans le **tableau 15**.

Les analyses corrélationnelles indiquaient que la DBTP était associée significativement aux scores de dépression et d'anxiété-trait.

Concernant les scores de dépression, l'ANOVA fait apparaître une différence significative ( $F=19.82$ ,  $p=.000$ ), indiquant que la prise en compte de la DBTP permet une estimation plus fiable et précise des scores de dépression.

Les résultats de la régression indiquent que les scores de dépression sont positivement et significativement associés aux scores de DBTP ( $\beta=.43$  ;  $t=4.58$ ,  $p=.000$ ), en contrôlant pour l'âge et le sexe. Ainsi, plus les patients déprimés ont des scores s'éloignant de la perspective temporelle optimale, plus les niveaux de dépression sont élevés. La variabilité des scores de dépression est expliquée à 47% par le modèle de régression.

Concernant les scores d'anxiété-trait, l'ANOVA fait apparaître une différence significative ( $F=3.25$ ,  $p=.027$ ), indiquant que la prise en compte de la DBTP permet une estimation plus fiable et précise des scores d'anxiété-trait.

Les résultats de la régression indiquent que les scores d'anxiété-trait sont positivement et significativement associés aux scores de DBTP ( $\beta=.37$  ;  $t=3.04$ ,  $p=.003$ ), en contrôlant pour l'âge et le sexe. Ainsi, plus les patients déprimés ont des scores s'éloignant de la perspective temporelle optimale, plus les niveaux d'anxiété-trait sont élevés. La variabilité des scores d'anxiété-trait est expliquée à 13% par le modèle de régression.

**Tableau 15.** Effet prédicteur des scores de DBTP sur les scores d'anxiété et de dépression au sein des patients déprimés (n=80)

Modèles	VI (ZTPI)	R <sup>2</sup>	β	B	t	p	IC 95% pour B	
							Min	Max
VD								
BDI-13	DBTP		.43	3,82	<b>4,58</b>	<b>.000</b>	2,16	5,49
	Age	.47	-.34	-0,17	<b>-3,52</b>	<b>.001</b>	-0,27	-0,08
	Sexe		.20	3,37	2,27	.026	0,41	6,34
STAI B	DBTP		.37	6,25	<b>3,04</b>	<b>.003</b>	2,15	10,36
	Age	.13	.09	0,09	0,70	.487	-0,16	0,33
	Sexe		-.06	-1,95	-0,53	.596	-9,26	5,36

VD = Variable Dépendante ; VI = Variable Indépendante ; IC = Intervalle de Confiance

BDI-13 : *Short version of the Beck Depression Inventory* ; STAI B : *Trait Anxiety Inventory* ; DBTP : *Deviation from Balanced Time Perspective*

### 1.3.4. Retour aux hypothèses

En conclusion de ces analyses de corrélation et de régression, l'hypothèse générale 2 est partiellement validée :

- **L'hypothèse H2a est partiellement validée** (*H2a. les dimensions passé négatif et présent fataliste seraient positivement associées aux scores d'anxiété et de dépression*)
  - Le *passé négatif* et le *présent fataliste* sont positivement associés aux scores de dépression, mais seul le *passé négatif* est positivement associé aux scores d'anxiété-trait.
  
- **L'hypothèse H2b est partiellement validée** (*H2b. les dimensions présent hédoniste, passé positif et futur seraient négativement associées aux scores d'anxiété et de dépression*) :
  - L'orientation vers le *futur* est négativement associée aux scores de dépression, et cela uniquement au sein de l'échantillon clinique ; mais n'est pas associé à l'anxiété. De plus, cette relation n'est plus significative lors des modèles de régression.
  - Le *présent hédoniste* et le *passé positif* ne sont associés ni à l'anxiété, ni à la dépression.
  
- **L'hypothèse H2c est partiellement validée** (*H2c. des scores plus élevés d'anxiété et de dépression correspondraient à un profil temporel plus déséquilibré, c'est-à-dire plus éloigné de la BTP*) :
  - Les scores de DBTP sont associés positivement avec les scores d'anxiété-trait et de dépression au sein de l'échantillon clinique, mais pas au sein de l'échantillon contrôle.

### Synthèse : résultats de l'axe 1

- L'échantillon clinique de patients déprimés a des scores significativement **supérieurs** à ceux des participants non-déprimés de l'échantillon contrôle sur les dimensions *passé négatif* et *présent fataliste* de la perspective temporelle.
- A l'inverse, les patients déprimés ont des scores significativement **inférieurs** à ceux des participants non-déprimés sur les dimensions *passé positif*, *présent hédoniste* et orientation vers le *futur*.
- Les patients déprimés ont des scores de DBTP significativement **supérieurs** à ceux des participants non-déprimés. En d'autres termes, les patients déprimés ont des scores s'éloignant significativement plus des scores de perspective temporelle optimale que les participants non-déprimés.
- L'intensité de l'écart entre les deux groupes est importante concernant les scores de DBTP, le *passé négatif* et le *passé positif*, moyenne pour le *présent fataliste*, et faible pour le *présent hédoniste* et l'orientation vers le *futur*.
- Au sein des patients déprimés, les scores de dépression sont positivement et significativement associés au *passé négatif*, au *présent fataliste*, et aux scores de DBTP. Les scores d'anxiété-trait sont positivement et significativement associés au *passé négatif* et aux scores de DBTP. L'anxiété-état n'est associée à aucune des dimensions de la perspective temporelle.
- Les relations entre les dimensions de la perspective temporelle et les symptômes anxieux et dépressifs sont plus nombreuses et plus fortes au sein des patients déprimés qu'au sein des participants non-déprimés.



## 2. Discussion de l'axe 1

Tout au long de la discussion de l'axe 1 seront introduites des courtes vignettes cliniques destinées à illustrer les éléments issus des résultats et de la littérature existante.

Les vignettes cliniques sont issues d'entretiens de recherche menés auprès des patients déprimés, au cours desquels ils étaient interrogés sur leur rapport au passé, au présent et au futur.

L'objectif principal de cet axe visait à explorer le concept de perspective temporelle dans le contexte de la dépression. Nous sommes partis du constat que la littérature actuelle suggérait indirectement que les patients déprimés avaient un rapport altéré au temps, mais que les rares études s'intéressant directement au lien entre perspective temporelle et dépression n'avaient pas été conduites auprès de patients déprimés.

Ainsi, nous nous sommes penchés dans un premier temps sur les différences de perspective temporelle entre des patients déprimés et des individus non-déprimés. Puis, dans un second temps, nous nous sommes intéressés aux liens qu'entretenaient les symptômes dépressifs et anxieux avec les dimensions de la perspective temporelle.

La première partie de nos résultats visait donc à répondre à la question suivante : **quel est le profil de perspective temporelle des patients déprimés, et comment diffère-t-il de celui d'individus non-déprimés ?**

Pour répondre à cette question, nous avons comparés les scores aux cinq dimensions de la perspective temporelle entre 80 patients diagnostiqués d'un Episode Dépressif Caractérisé, et 83 participants non-déprimés recrutés auprès de la population générale.

Nous avons émis l'hypothèse que les patients déprimés auraient un profil temporel significativement altéré et déséquilibré, en comparaison des participants non-déprimés. Les analyses de comparaison réalisées vont dans le sens de ces hypothèses.

En effet, les patients déprimés ont des scores significativement plus élevés de *passé négatif* et de *présent fataliste*, et des scores significativement plus faibles de *passé positif*, de *présent hédoniste* et d'orientation vers le *futur* ; en comparaison des participants non-déprimés. Ils ont également des scores significativement plus élevés de DBTP, c'est-à-dire un profil temporel qui s'éloigne significativement plus du profil temporel optimal proposé par Zimbardo et Boyd (2008).

Ainsi, les patients déprimés auraient tendance à avoir une vision plus négative du passé, à adopter davantage une perspective fataliste et de résignation par rapport à la vie, à avoir une

moindre capacité à profiter du moment présent et à se focaliser sur le plaisir immédiat, ainsi qu'une moindre capacité à s'orienter vers des objectifs et à planifier pour le futur.

Par ailleurs, la différence entre les deux groupes est très élevée concernant le *passé négatif* et la DBTP, élevé concernant le *passé positif*, moyenne concernant le *présent fataliste*, et faible concernant le *présent hédoniste* et l'orientation vers le *futur*.

## 2.1. Un rôle fondamental du rapport au passé ?

Les résultats suggèrent que la vision du passé pourrait avoir un rôle particulièrement important dans la souffrance dépressive. En effet, il s'agit de la dimension pour laquelle la différence entre les patients déprimés et les individus non-déprimés est la plus marquée ; et d'autant plus concernant la vision négative du passé.

Les patients déprimés ont ainsi une représentation plus négative et aversive du passé, marquée notamment par les souvenirs d'expériences douloureuses (exemples : item 15 - « *les expériences douloureuses du passé me reviennent en permanence à l'esprit* » et item 24 - « *le passé comporte trop de souvenirs déplaisants auxquels je préfère ne pas penser* »), et par les regrets (exemples : item 26 - « *j'ai fait des erreurs dans le passé que j'aimerais pouvoir réparer* » et item 52 - « *je pense aux bonnes choses que j'ai ratées dans ma vie* »).

**Illustration : le passé négatif.** Extrait d'entretien 1 (Madame P)

- « *Dans quel état d'esprit êtes-vous quand vous repensez au passé ?* »
- « *Automatiquement, je repense surtout au négatif. Je sais que ma vie n'a pas été que négative, mais c'est ça qui vient. Je me dis que j'ai perdu du temps... de la déception... de la tristesse, du regret. Ça tourne beaucoup autour des occasions ratées, les « et si ? »* »

A l'inverse, les individus non-déprimés ont une représentation plus positive du passé, marquée davantage par le souvenir d'expériences plaisantes (exemples : item 5 - « *les images, les odeurs et les sons familiers de mon enfance me rappellent souvent des souvenirs merveilleux* » et item 11 - « *tout compte fait, il y a beaucoup plus de bonnes choses à se souvenir dans mon passé que de mauvaises* »), qu'ils ont plaisir à se remémorer (item 7 - « *le fait de penser à mon passé me donne du plaisir* »).

Ces résultats sont cohérents avec les données de la littérature sur la dépression : les études sur la mémoire autobiographique mettent en évidence que les patients déprimés rappellent davantage les souvenirs négatifs, et ont tendance à surgénéraliser ces expériences (Addis et al., 2016 ; Young et al., 2013 ; Williams et al., 2007 ; Mathews & MacLeod, 2005). De plus, les études sur les ruminations mettent en évidence que les patients déprimés ont tendance à avoir davantage de pensées intrusives, répétitives et négatives sur le passé (Monestès and Baeyens, 2016 ; Philippot et al., 2015 ; Nolen-Hoeksema et al., 2008). Nous pouvons alors envisager que l'altération de la mémoire et la tendance à ruminer seraient des processus qui contribueraient à construire la vision globalement négative du passé chez les individus déprimés.

Au vu des éléments de la littérature et de nos résultats, nous pouvons imaginer que les individus déprimés auraient tendance à rappeler préférentiellement les expériences du passé sous l'angle du regret, de la perte, ou encore de l'échec, et à se focaliser sur ces expériences. Si, comme le proposait Beck (1976) et comme le confirment les études sur la mémoire, ces souvenirs négatifs sont surgénéralisés, alors cela pourrait mener à une vision négative générale et absolue du passé (« *j'ai échoué toute ma vie* », « *personne ne m'a jamais aimé* ») (Young et al., 2013 ; Dalgleish et al., 2007 ; Williams et al., 2007 ; Dickson and Bates, 2006 ; Van Vreeswijk & De Wilde, 2004 ; MacKinger et al., 2000).

Selon Beck (1976), les individus déprimés vont par ailleurs attribuer à eux-mêmes la responsabilité des échecs du passé. Ainsi, nous pouvons imaginer que ces croyances généralisées sur le passé pourraient, à terme, aboutir à des croyances généralisées sur soi-même et impacter l'estime de soi et l'image de soi (« *je suis nulle* », « *personne ne peut m'aimer* »).

De plus, ces croyances absolues sur le passé et sur soi pourraient également impacter la vision du présent et du futur : si un individu est convaincu qu'il a échoué toute sa vie, que c'est de sa faute, il peut développer le sentiment que cela ne pourra jamais changer. Cette hypothèse est par ailleurs cohérente d'une part avec l'association positive entre *passé négatif* et *présent fataliste* retrouvée dans notre étude, et d'autre part avec l'association négative du *passé négatif* avec l'estime de soi et le sentiment d'efficacité que l'on observe dans la littérature (Akirmak, 2014 ; Luszczynska et al., 2004 ; Epel et al., 1999). En effet, plus les individus ont une vision négative du passé, plus l'estime de soi et le sentiment d'efficacité sont faibles, et plus ils sont résignés quant à leur capacité à influencer sur le cours des événements.

Cela peut également permettre de mieux comprendre comment la vision du passé peut être fondamentale et jouer un rôle dans le rapport au présent et au futur, et dans l'image de soi. En effet, selon plusieurs auteurs, le passé fait partie intégrante du présent et du futur, il influence la perception de la situation actuelle, et la réflexion sur les possibilités futures (Stolarski et al., 2015 ; Zimbardo & Boyd, 1999 ; Bandura, 1997 ; Nuttin, 1964, 1985 ; Lewin, 1951). Dans sa théorie de l'auto-efficacité, Bandura (1997) souligne le rôle du rapport au passé dans le sentiment d'identité, et proposait que la capacité à s'appuyer sur des expériences antérieures positives permettait de développer une image plus positive de soi, et d'avoir davantage confiance en ses capacités, permettant ainsi de se sentir plus efficace.

Ainsi, les résultats des analyses de comparaison, tout comme les éléments issus de la littérature, tendent à mettre en évidence qu'un intérêt tout particulier devrait être porté au rapport au passé chez les individus déprimés.

Pourtant, le rapport au passé manque à trouver sa place dans les thérapies les plus fréquemment utilisées dans la prise en charge de la dépression : en effet, les thérapies comportementales et cognitives se focalisent principalement sur le présent, mais également le futur à court-terme. Toutefois, nous verrons, dans la discussion des résultats de l'axe 2, que la vision du passé pourrait néanmoins être indirectement impactée en thérapie, même si cela ne constitue pas, en soi, une cible thérapeutique.

## **2.2. Orientation vers le futur : entre planification et pessimisme, considérations méthodologiques sur le ZTPI**

Comme nous l'avions anticipé, les patients déprimés ont des scores significativement inférieurs à ceux des individus non-déprimés concernant l'orientation vers le *futur*. Intuitivement, ce résultat paraît cohérent avec la littérature : la dépression est associée à un pessimisme envahissant qui conduit à anticiper les malheurs, à percevoir le futur comme sans issue, et à surestimer la probabilité d'événements négatifs (Timm et al., 2013 ; MacLeod et Salaminiou, 2001 ; MacLeod et al., 1997 ; MacLeod and Copley, 1995 ; Beck, 1976).

Cependant, les résultats obtenus lors de notre étude sont en réalité difficiles à mettre en perspective avec cette littérature.

En effet, si nous nous penchons sur les items du ZTPI qui mesurent l'orientation vers le *futur*, nous observons que ces derniers constituent avant tout une mesure de la tendance à la

planification, la résolution de problème, et de la tendance à s'orienter vers des d'objectifs court et moyens termes : « *je crois que la journée d'une personne doit être planifiée à l'avance chaque matin* » (item 6), « *quand je dois réaliser quelque chose, je me fixe des buts et j'envisage les moyens précis pour les atteindre* » (item 10), « *je remplis mes obligations vis-à-vis de mes amis et des institutions en temps voulu* » (item 20), « *je fais aboutir mes projets à temps, en progressant étape par étape* » (item 38), ou encore « *je fais des listes de choses à faire* » (item 41).

Enfin, l'échelle contient une seule dimension pour le futur, et ne permet aucune mesure d'une vision négative du futur.

En effet, la représentation du futur dans la littérature est souvent unipolaire et systématiquement associée à des éléments positifs (Stolarski et al., 2015 ; Carrelli et al., 2011 ; Nurmi, 2005 ; Zalesky, 1994) : capacité à imaginer, à anticiper, à planifier les événements futurs, à poursuivre des objectifs. Autant d'éléments qui jouent un rôle primordial dans la survie, et sont associés au bien-être (Boyd & Zimbardo, 2005), à de meilleures relations sociales (Lang & Cartensen, 2002), ou à l'accomplissement (Shipp et al., 2009).

Cette vision positive du futur, centrée sur la capacité à planifier et à anticiper, est également celle qui est représentée dans le ZTPI ; ignorant ainsi les aspects négatifs qui peuvent lui être associés (anticipation des événements négatifs, sentiment d'incertitude et d'appréhension, sentiment de désespoir, etc.). Selon Stolarski et al. (2015), le futur aurait ainsi en réalité une double valence : une valence positive et motivationnelle, bénéfique pour le bien-être ; et une valence anxiogène, inquiétante, ou source d'émotions négatives et de désespoir. Cette double-valence n'est malheureusement pas prise en compte dans le ZTPI.

Par ailleurs, nous observons dans notre étude que l'importance de la différence d'orientation vers le *futur* entre les patients déprimés et les individus non-déprimés est faible ; bien que significative. Les considérations méthodologiques explicitées ci-dessus pourraient expliquer cette moindre différence entre les deux groupes. Compte tenu de la littérature sur la dépression, nous pouvons en effet imaginer que les patients déprimés auraient des scores davantage éloignés des participants non-déprimés si l'on utilisait une mesure du *futur négatif*, permettant de mesurer le pessimisme, le désespoir et l'anxiété envers le futur.

Partant du constat d'une représentation unipolaire du futur dans le ZTPI, Carelli et ses collaborateurs (2011) ont proposé une nouvelle version de l'outil, le S-ZTPI (*Swedish Zimbardo*

*Time Perspective Inventory*), comportant une dimension *futur positif* et *futur négatif*. Leur objectif était ainsi de proposer une évaluation du futur anxigène, avec anticipation des événements négatifs, et une évaluation du futur positif associé à l'espoir, la joie, le succès.

Cependant, l'échelle *futur positif* du S-ZTPI correspond en réalité aux items déjà existants dans le ZTPI de Zimbardo et Boyd (1999), c'est-à-dire qu'ils correspondent à nouveau à une mesure de la planification et de la résolution de problème, et n'évaluent pas le sentiment d'espoir, de joie, ou d'optimisme associé au futur.

L'échelle *futur négatif*, quant à elle, correspond à huit nouveaux items. Parmi ces nouveaux items destinés à mesurer le *futur négatif*, la majorité d'entre eux se centrent, à nouveau, sur la planification (exemples : « *j'ai souvent l'impression que je n'ai pas le temps pour tout ce que j'ai prévu de faire en une journée* ») ou sur la poursuite d'objectifs (exemple : « *je ne sais pas comment je serais capable d'atteindre mes objectifs dans la vie* »). Un seul item mesure le sentiment de tristesse associé au futur (« *penser à mon futur me rend triste* »).

Ainsi, le S-ZTPI demeure une mesure de la planification et de la poursuite d'objectifs, et non pas de l'espoir ou du pessimisme. Notamment, la mesure du *futur négatif* correspond avant tout dans le S-ZTPI à une évaluation de la préoccupation de ne pas réussir à planifier correctement et à atteindre ses objectifs. La question du futur sans issue, du pessimisme et du désespoir, soulignés dans la littérature sur la dépression, manquent donc encore à être évalués dans la mesure de la perspective temporelle.

**Illustration : le futur négatif.** Extrait d'entretien 2 (Madame H)

- « *Est-ce que vous avez l'impression de penser souvent au futur ?* »
- « *Avant d'être en dépression, j'y pensais pas mal, j'avais des projets d'avenir, j'étais assez curieuse et enthousiaste de savoir ce que le futur allait me réserver, j'avais hâte, j'avais plutôt confiance en l'avenir. Mais maintenant j'ai l'impression d'y penser beaucoup moins, ou alors de façon très négative... Je m'inquiète surtout de ce qui va mal se passer, je me dis que les autres vont mourir, je pense aux difficultés financières, au chômage, à la vieillesse, la maladie... Enfin j'essaie de ne pas trop penser au futur parce que ça m'inquiète, je me projette pas du tout sur le long-terme* ».

Au vu de ces différents éléments, il apparaît pertinent de réfléchir à la création d'un outil d'évaluation du rapport au temps qui permettrait une évaluation holistique du rapport au futur : planification, résolution de problème et poursuite d'objectifs (*futur positif*), anxiété et incertitude envers le futur (*futur anxigène*), désespoir et pessimisme envers le futur (*futur négatif*).

Une telle évaluation pourrait être à même, notamment, de mieux discriminer les patients déprimés des individus non-déprimés, et correspondrait davantage à la littérature sur la dépression.

Malgré ces considérations méthodologiques, il reste important de souligner que nos résultats mettent tout de même en évidence que les patients déprimés ont tendance à moins planifier, et moins s'orienter vers la poursuite et la réalisation d'objectifs ; bien que la différence entre les deux groupes soit faible.

Cette difficulté à s'orienter vers des objectifs peut se comprendre au regard du pessimisme dans la dépression, à la difficulté à trouver de l'intérêt à s'engager dans des activités (anhédonie, apathie) ; mais également au regard de la vision négative et généralisée du passé, dont les croyances sur soi qui peuvent en découler (« *j'échoue toujours* ») pourraient à termes impacter le sentiment d'efficacité et donc la motivation à poursuivre des objectifs futurs.

### **2.3. Le présent en suspens et la question du plaisir**

Comme nous l'avions anticipé, les patients déprimés ont des scores significativement inférieurs aux individus non-déprimés à la dimension *présent hédoniste*. Ils ont ainsi moins tendance à se centrer sur le moment présent (exemple : item 23 – « *je prends chaque jour comme il vient, plutôt que d'essayer de le prévoir* »), à privilégier le plaisir immédiat (exemple : item 1 – « *je crois que se retrouver avec des amis pour faire la fête est l'un des plaisirs importants de la vie* »), et à prendre des risques (exemple : item 30 – « *prendre des risques empêche ma vie de devenir ennuyeuse* »).

Ces résultats sont cohérents avec la description clinique de la dépression, et plus spécifiquement avec la difficulté à ressentir du plaisir et de l'intérêt (American Psychiatric Association, 2013). En effet, la perte des émotions positives et du plaisir dans les activités permet facilement d'éclairer la tendance à ne pas privilégier le plaisir immédiat, et la difficulté à profiter du moment présent.

La littérature a notamment mis en évidence que le *présent hédoniste* était positivement associé à la capacité à évaluer positivement les situations (Blomgren et al., 2016). Le manque d'hédonisme chez les individus déprimés pourrait ainsi suggérer une difficulté à trouver des caractéristiques positives dans les événements du quotidien et dans leur situation actuelle. Cette hypothèse serait cohérente avec les biais de pensées négatifs mis en évidence dans la dépression (Mirabel-Sarron & Docteur, 2013 ; Beck, 1976).

Ce résultat peut également se comprendre au regard du rapport au passé et au futur que nous avons évoqués précédemment. Comme le suggèrent les études sur la rumination, les pensées négatives envers le passé et le futur pourraient être si envahissantes que l'individu aurait des difficultés à mobiliser ses ressources pour profiter du moment présent. En effet, l'investissement des ressources cognitives et attentionnelles sont limitées (Kahneman, 1973), conduisant l'individu à filtrer et sélectionner les informations accessibles à sa conscience (Hunt & Lansman, 1986), ce qui implique alors de réduire la place accordée à d'autres informations.

Selon Stolarski et al. (2015), cette inégalité dans l'investissement des ressources est également en œuvre dans l'investissement des différentes dimensions temporelles : par exemple, le fait de se focaliser majoritairement sur le passé et/ou le futur aura pour conséquence de réduire la place accordée à la situation présente.

**Illustration : le moment présent.** Extrait d'entretien 3 (Madame K)

- « *Est-ce que vous avez l'impression de réussir à profiter du moment présent ?* »
- « *Généralement non, plus maintenant. Parce que je pense à trop de choses en même temps, je suis souvent absente, d'ailleurs on me le reproche souvent. Parce que je me sens souvent triste, même quand je suis censée vivre un bon moment, donc j'ai du mal à profiter. Je vais penser par exemple à un truc du travail que j'ai pas encore fait... Je suis aussi très encombrée par mon passé, j'ai peur de revivre des choses que j'ai trouvé désagréables, peur de retenter le coup dans le présent. Mais je me rends compte que c'est du gâchis, un souvenir négatif ou une anxiété sur le futur peut réduire à néant un bon moment, une rencontre... On ne peut pas voir les choses sympas du présent, on a le cerveau embrumé par les sensations du passé qui ne sont pas sympas. »*

Nous observons cependant que l'importance de la différence des scores de *présent hédoniste* entre les deux groupes n'est que faible (bien que significative). Ce résultat pourrait s'expliquer au regard de la double valence du *présent hédoniste* : le *présent hédoniste* serait nécessaire pour la joie de vivre au quotidien (Zimbardo & Boyd, 2008), mais le développement excessif de cette dimension serait dysfonctionnel, et associé à des conséquences négatives (impulsivité, conduites à risque, utilisation de substances, difficulté à contrôler ses impulsions) (Zimbardo & Boyd, 1999 ; Zimbardo, Keough & Boyd, 1997 ; Rothspan & Read, 1996 ; Strathman et al., 1994). C'est pourquoi le score idéal de *présent hédoniste*, selon Zimbardo & Boyd (2008), n'est que modéré.

Enfin, nous observons que les patients déprimés ont des scores supérieurs à ceux des individus non-déprimés sur la dimension *présent fataliste*, c'est-à-dire une tendance à avoir une attitude de résignation, avec la croyance qu'ils ne peuvent pas influencer le déroulement des événements par leur action individuelle (exemple : item 14 – « *puisque ce qui doit arriver arrivera, peu importe vraiment ce que je fais* », item 37 – « *se préoccuper de l'avenir n'a aucun sens, puisque de toute façon je ne peux rien y faire* »).

Ce sentiment de résignation et de manque de contrôle peut se mettre en perspective du pessimisme et de l'apathie que l'on observe chez les individus déprimés, et qui conduit à des croyances telles que « *je ne peux rien y faire* » : si un individu est convaincu de ne pas être capable d'influencer sa propre vie, cela pourrait mener à la croyance que les choses n'iront jamais mieux quoi qu'il fasse, qu'il ne sert à rien de s'intéresser au futur, ce qui pourrait augmenter le sentiment de désespoir, impacter l'estime de soi, et conduire à un désinvestissement des actions possibles dans le présent (« *ça ne sert à rien* »).

Cette hypothèse serait par ailleurs cohérente d'une part à ce nous connaissons du fonctionnement dépressif, et d'autre part avec les associations entre *présent fataliste*, sentiment d'efficacité, et tendance à l'évitement et au désengagement comportemental (Bolotova & Hachaturova, 2013 ; Zebardast et al., 2011 ; Luszczynska et al., 2004).

Des considérations conceptuelles peuvent également être soulevées concernant la dimension *présent fataliste*. En effet, le *présent fataliste* se situe dans la dimension *présent*, car il renvoie à la tendance à considérer -ou non- que les actions dans le présent impactent les événements.

Cependant, cette dimension se situe également dans la dimension *futur*, car elle renvoie à la tendance à considérer -ou non- que l'on a la capacité d'influencer les événements futurs.

Pour illustrer cette ambiguïté conceptuelle, nous pouvons citer à nouveau, à titre d'exemple, l'item 37 (« *se préoccuper de l'avenir n'a aucun sens, puisque de toute façon je ne peux rien y faire* ») ou l'item 14, conjugué au futur (« *puisque ce qui doit arriver arrivera, peu importe vraiment ce que je fais* »).

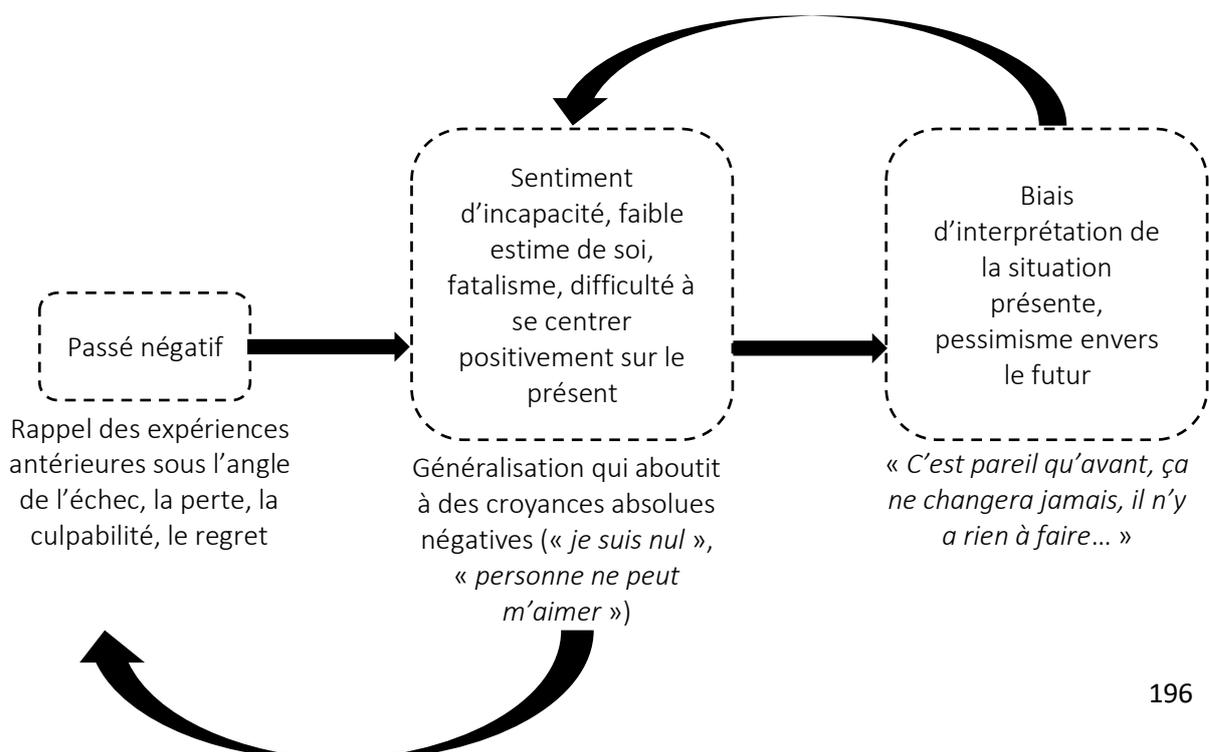
Cette ambiguïté n'est pas problématique ni incohérente en soi, puisque comme nous avons eu l'occasion de l'évoquer et comme le bon sens nous permet de l'imaginer, l'état d'esprit dans le présent influence directement l'anticipation du futur.

Il semble cependant nécessaire, dans notre interprétation, d'être conscient que les résultats observés pour la dimension *présent fataliste* sont également informatifs quant au rapport que les patients déprimés entretiennent avec le futur. Notamment, cela nous permet de soulever des éléments que la dimension orientation vers le *futur*, très orientée sur la planification, ne permettait pas d'évaluer : un sentiment de manque de contrôle et de résignation quant au futur, ainsi qu'un faible intérêt à se projeter vers le futur.

Ces réflexions nous renvoient par ailleurs à nos réflexions méthodologiques sur l'intérêt d'investiguer un futur négatif, sans espoir, pessimiste. Sans constituer une réelle mesure du *futur négatif* et du pessimisme, les résultats observés pour les scores de *présent fataliste* apportent néanmoins des informations complémentaires.

La **figure 11** propose un schéma permettant de synthétiser les hypothèses théoriques issues de nos résultats, en interaction avec la littérature existante ; afin de proposer une conceptualisation des implications du rapport au temps dans le fonctionnement dépressif.

**Figure 11.** Schéma hypothétique des implications du rapport au temps dans le fonctionnement dépressif



## 2.4. Liens entre symptômes dépressifs et perspective temporelle : un rôle plus important des dimensions négatives ?

La deuxième partie de cet axe visait à répondre à la question suivante : **quels liens entretiennent les dimensions de la perspective temporelle avec les symptômes dépressifs et anxieux ?**

Pour répondre à cette question, nous avons réalisés des analyses de corrélation au sein de l'échantillon clinique et de l'échantillon contrôle, puis des analyses de régression auprès des patients déprimés.

Nous avons émis l'hypothèse que les symptômes anxieux et dépressifs seraient positivement associés au *passé négatif*, au *présent fataliste* et à la DBTP, et négativement associés au *passé positif*, au *présent hédoniste*, et à l'orientation vers le *futur*.

Les résultats observés permettent partiellement de valider notre hypothèse initiale. En effet, auprès des patients déprimés, le *passé négatif*, le *présent fataliste* et la DBTP sont positivement associés à l'intensité des symptômes dépressifs, alors que l'orientation vers le *futur* est négativement associée à ces mêmes symptômes. En revanche, le *passé positif* et le *présent hédoniste* ne sont pas associés à la symptomatologie dépressive. De plus, seul le *passé négatif* est associé à la symptomatologie anxieuse, ce sur quoi nous reviendrons ultérieurement.

Ainsi, plus les patients déprimés ont une vision négative du passé et une attitude fataliste de résignation par rapport à la vie, plus ils ont tendance à expérimenter des symptômes dépressifs. A l'inverse, moins les patients déprimés ont tendance à planifier et à s'orienter vers la poursuite et la réalisation d'objectif, plus ils ont tendance à expérimenter une symptomatologie dépressive.

Enfin, l'association avec les symptômes dépressifs est plus importante concernant les dimensions *passé négatif* et *présent fataliste* que pour l'orientation vers le *futur*, et se maintient lors des analyses de régression (ce qui n'est pas le cas pour l'orientation vers le *futur*, qui ne prédit pas les scores de dépression dans notre modèle de régression).

Les résultats concernant le *passé négatif* et le *présent fataliste* sont cohérents avec ceux observés lors des analyses de comparaison entre les patients déprimés et les participants non-déprimés, et tendent à confirmer le rôle que pourraient jouer ces deux dimensions dans le fonctionnement dépressif.

En revanche, les résultats concernant les dimensions *futur*, *passé positif* et *présent hédoniste* suggèrent que ces dimensions seraient moins impliquées dans l'intensité de la symptomatologie dépressive. Ainsi, dans l'ensemble, les dimensions que l'on peut qualifier de « négatives » ou « dysfonctionnelles » (*passé négatif*, *présent fataliste*) apparaissent davantage associées aux symptômes dépressifs que les dimensions « positives » ou « fonctionnelles » (*passé positif*, *présent hédonisme*, *futur*).

Ces résultats suggèrent qu'il pourrait être plus intéressant, dans une perspective thérapeutique, de se focaliser sur le fait de réduire les biais temporels négatifs plutôt que d'essayer d'améliorer les dimensions plus positives, afin d'avoir plus d'effet sur la symptomatologie dépressive des patients.

Cependant, plusieurs réflexions théoriques, conceptuelles et méthodologiques pourraient permettre d'éclairer l'absence d'association de la symptomatologie dépressive avec les dimensions positives :

Tout d'abord, nous pouvons évoquer à nouveau les limites de la mesure du *futur* que nous avons soulevés précédemment ; c'est-à-dire la tendance de l'outil à se centrer sur la planification, la résolution de problème et la poursuite d'objectifs. Ainsi, une mesure d'un *futur positif* centré sur l'espoir et l'optimisme pourrait être davantage associée négativement aux symptômes dépressifs, alors qu'une mesure d'un *futur négatif*, centré sur le pessimisme et le désespoir, pourrait y être positivement associé.

De plus, il est important de souligner que la grande majorité des patients consultent d'eux-mêmes dans un service spécialisé en thérapies comportementales et cognitives, des thérapies connues pour travailler par le biais de la mise en place d'objectifs concrets, la planification d'activités, et la résolution de problème. Ainsi, il est possible que les patients de notre échantillon aient un intérêt pour la planification et la résolution de problèmes supérieur à celui des patients déprimés qui ne consultent pas dans ce type de service. Nous pouvons alors supposer que les patients de notre échantillon aient des scores à la dimension *futur* du ZTPI plus élevés que la moyenne des individus déprimés.

De plus, l'absence d'association négative entre le *passé positif* et les symptômes dépressifs peut sembler intuitivement en contradiction avec le fait que le *passé négatif* soit positivement associé à cette même symptomatologie. Cependant, ce résultat peut être discuté au regard des éléments théoriques et empiriques de la littérature concernant le rapport au passé dans la dépression.

En effet, selon Beck (1976), la dépression peut impliquer une tendance à se dire que « *tout était mieux avant* », et que le bonheur du passé est désormais perdu à tout jamais, inatteignable. Cette idée de nostalgie douloureuse, associée à un sentiment de perte, se retrouve notamment dans certains items de la dimension *passé positif* : « *aujourd'hui, la vie est trop compliquée ; j'aurais préféré la vie simple du passé* » (item 45), « *j'ai la nostalgie de mon enfance* » (item 28).

Cette hypothèse est par ailleurs cohérente avec plusieurs études qui ont mis en évidence que chez les individus déprimés, le fait de penser aux souvenirs positifs n'est pas une stratégie efficace pour améliorer l'humeur, et peut même augmenter la tristesse ; à l'inverse des individus non-déprimés (Feldman et al., 2008 ; Joorman et al., 2007 ; Bluck et al., 2005 ; Joorman and Siemer, 2004). Il est ainsi possible d'envisager que la symptomatologie dépressive est associée à une vision négative du passé ; tout en étant capable de rappeler les souvenirs positifs, mais cela afin de les comparer au présent dans la perspective de se dire « *c'était mieux avant* », « *les choses ne seront jamais plus comme avant, je ne serais plus jamais heureux* ».

Le ZTPI (Zimbardo et Boyd, 1999) présente ainsi un véritable intérêt pour éclairer cette ambivalence vis-à-vis du passé, grâce aux échelles *passé négatif* et *passé positif* qui sont indépendantes l'une de l'autre.

**Illustration : le passé positif.** Extrait d'entretien 4 (Madame K)

- « *Dans quel état d'esprit êtes-vous lorsque vous repensez aux souvenirs positifs ?* »
- « *Je pense que les souvenirs positifs donnent de l'espoir... Mais en même temps je sais que je ne pourrai jamais retrouver la même insouciance, c'est un bonheur que je ne retrouverai jamais car toutes les portes m'étaient ouvertes et je pouvais faire ce que je voulais. Je suis très nostalgique des moments de bonheur intense que j'ai pu vivre pendant mon adolescence. Du coup quand j'y repense à la fois ça me donne de l'espoir, à la fois ça me rend triste. D'un côté j'ai l'impression d'avoir perdu quelque chose, de l'autre j'essaye aussi de me dire que ça me montre que les choses peuvent aller bien* ».

Il est également intéressant de souligner qu'auprès des participants non-déprimés, les corrélations observées pour le *passé négatif* et le *présent fataliste* sont similaires mais leur intensité est moindre, et la relation entre l'orientation vers le *futur* et les symptômes dépressifs disparaît.

Nous pouvons conclure que, dans l'ensemble, les intrications entre perspective temporelle et symptomatologie dépressive ne diffèrent pas significativement chez des individus

déprimés, en comparaison d'individus non-déprimés. Nous pouvons néanmoins émettre l'hypothèse que le lien entre perspective temporelle et symptômes dépressifs est plus marqué chez les individus cliniquement déprimés, ce qui sous-tend l'idée que la perspective temporelle jouerait un rôle dans le fonctionnement dépressif.

## 2.5. La question de l'équilibre du profil temporel dans la dépression

Tout au long des analyses, nous avons introduit une mesure de la *Balanced Time Perspective*<sup>20</sup>, c'est-à-dire du profil temporel idéalement équilibrée (Zimbardo & Boyd, 2008). La BTP a été opérationnalisée par le calcul de la *Deviation from a Balanced Time Perspective* (DBTP), un coefficient mesurant à quel point le profil temporel des participants s'éloigne des scores idéaux décrit par Zimbardo et Boyd (2008) (Stolarski et al., 2011).

Nous avons émis l'hypothèse que les patients déprimés avaient un profil temporel plus déséquilibré que les individus non-déprimés, et que ce déséquilibre serait positivement associé à la symptomatologie anxieuse et dépressive.

Les résultats confirment notre hypothèse : les patients déprimés ont des scores de DBTP significativement plus élevés que les participants non-déprimés, c'est-à-dire que le profil temporel des patients déprimés s'éloigne significativement plus du profil optimal. De plus, l'importance de cette différence entre les deux groupes est très élevée, et le déséquilibre du profil temporel discrimine davantage les patients déprimés des individus non-déprimés que le *passé positif*, le *présent fataliste*, le *présent hédoniste* et l'orientation vers le *futur*.

Enfin, comme nous l'avions anticipé, les scores de DBTP sont associés positivement aux symptômes dépressifs et aux symptômes anxieux, et la DBTP est même davantage associée à la symptomatologie dépressive que les autres dimensions temporelles. De plus, les scores de DBTP prédisent positivement la symptomatologie anxieuse et dépressive : plus le profil temporel s'éloigne du profil optimal, plus les symptômes dépressifs et les symptômes anxieux des patients vont augmenter.

Ces résultats tendent à confirmer l'importance de prendre en compte l'équilibre du profil temporel et suggèrent que cet équilibre pourrait jouer un rôle non négligeable dans le fonctionnement dépressif. L'équilibre du profil temporel pourrait par ailleurs constituer une

---

<sup>20</sup> Voir *chapitre 1* de la littérature

variable plus informative, et plus importante à prendre en compte dans la symptomatologie dépressive, que l'orientation indépendante envers le passé, le présent et le futur. Ces éléments encouragent à porter une attention toute particulière quant à la réflexion sur les possibilités thérapeutiques qui pourraient permettre d'équilibrer le profil temporel.

Néanmoins, la mesure de la *Balanced Time Perspective* nécessite encore d'être enrichie. En effet, Boniwell et Zimbardo (2004) soulignent avant tout l'importance de la flexibilité du profil temporel, c'est-à-dire de la capacité à s'orienter plus ou moins vers une dimension temporelle selon les besoins de la situation.

Cette conception de la *Balanced Time Perspective* introduit une idée de changement, de dynamique, qui n'est malheureusement pas possible d'être prise en compte dans un design transversal. Des mesures écologiques quotidiennes (*Ecological Momentary Assessment, EMA*) pourraient constituer une piste très intéressante pour répondre à cette limite : par des mesures répétées du profil temporel dans plusieurs situations, il serait possible de mesurer la capacité d'un individu à modifier son orientation temporelle selon les besoins de la situation.

## 2.6. Limites et perspectives

### 2.6.1. La perspective temporelle, facteur de vulnérabilité aux troubles dépressifs ? La question de la causalité.

Dans l'ensemble, les résultats de notre étude soulèvent la question suivante : la perspective temporelle pourrait-elle être impliquée dans l'apparition, l'intensité et/ou le maintien des troubles dépressifs ? Autrement dit, un certain type de profil temporel pourrait-il être considéré comme facteur de vulnérabilité, de maintien ou d'aggravation de la dépression ?

En effet, les résultats mettent en évidence que les patients déprimés ont un profil temporel significativement altéré en comparaison des individus non-déprimés : vision négative du passé, attitude fataliste de résignation par rapport à la vie, moindre planification et moindre orientation vers des objectifs, moindre capacité à profiter du moment présent et à être dans le plaisir immédiat.

Cependant, les analyses transversales réalisées ne permettent pas de déterminer la causalité entre la perspective temporelle et la dépression. Deux hypothèses causales, au minimum, sont alors envisageables :

- 1) Un profil temporel dysfonctionnel vulnérabilise aux troubles dépressifs et aux symptômes dépressifs.
- 2) La symptomatologie dépressive impacte négativement le profil temporel.

Ces deux hypothèses apparaissent l'une et l'autre cohérentes avec la littérature : la perspective temporelle est un concept considéré comme relativement stable, construit précocement, similaire aux traits de personnalité, et qui pourrait en ce sens constituer une vulnérabilité au développement des troubles dépressifs.

Cependant, nous pouvons également envisager, à l'inverse, que l'apparition des troubles dépressifs, en impactant la capacité à se projeter dans le futur, à trouver du plaisir et de l'intérêt dans les activités, et en générant des croyances négatives sur soi et sur le monde (American Psychiatric Association, 2013 ; Mirabel-Sarron & Docteur, 2013 ; Beck, 1976), puisse impacter négativement le profil temporel.

Par ailleurs, il est important de souligner que ces deux hypothèses ne s'excluent pas mutuellement : un profil temporel initialement dysfonctionnel pourrait favoriser l'apparition de la dépression, être dans un second temps impacté négativement par l'apparition des troubles, puis contribuer par la suite à maintenir et/ou aggraver la symptomatologie.

Afin de répondre à cette problématique et de déterminer si l'altération du profil temporel constitue une cause ou une conséquence des troubles dépressifs, des études longitudinales sont nécessaires : d'une part pour appréhender la dynamique et la causalité de la relation entre perspective temporelle et dépression, et d'autre part pour déterminer la nature trait ou état du concept de perspective temporelle, et investiguer sa capacité à évoluer et à être impacté par les troubles psychopathologiques.

## 2.6.2. La question de l'anxiété : quelles spécificités ?

Compte tenu de la présence fréquente de symptômes anxieux dans les troubles dépressifs, nous avons choisi d'inclure une mesure de l'anxiété.

Les résultats mettent en évidence que l'anxiété-trait est positivement associée au *passé négatif* et à la DBTP. En d'autres termes, plus les patients ont une vision négative du passé et un profil temporel déséquilibré, plus ils ont tendance à être anxieux. En revanche, l'anxiété n'apparaît pas associée au *présent fataliste* et à l'orientation vers le *futur*, contrairement à la dépression.

Ces différences entre symptômes dépressifs et symptômes anxieux ne sont pas surprenantes : l'anxiété peut être en partie définie par le fait que l'individu va anticiper quelque chose ; c'est pourquoi selon certains auteurs elle peut se distinguer de la dépression car elle est accompagnée de l'anticipation d'une menace (Clark & Watson, 1991 ; Clark, Beck & Steward, 1990). Ainsi, une personne anxieuse va être en suspens, en attente, dans un état d'alerte constante et excessive. Selon Lazarus (1991), le cœur de l'anxiété est l'incertitude de ce qu'il va se passer, une incapacité à prévoir un événement. Ainsi, l'individu va « *nager dans l'abstrait, l'ambigu* » (p. 236).

Cette anticipation et préoccupation excessive pourraient expliquer que les symptômes anxieux ne soient pas associés négativement à l'orientation vers le *futur* ou au fatalisme, à l'inverse des symptômes dépressifs : l'anxiété pouvant s'accompagner d'une tendance à vouloir prévoir, planifier, pour sortir de l'incertitude ; ce qui ne serait pas nécessairement cohérent avec une attitude de résignation. En effet, selon Mirabel-Sarron et Docteur (2013), l'individu anxieux se projette en permanence vers le futur, en tentant de déjouer les difficultés potentielles, alors que l'individu déprimé n'a pas de représentation du futur (ou alors, une perception résignée d'un futur sans issue).

Compte tenu de ces éléments, il serait intéressant de se demander comment la présence de symptômes anxieux au sein des individus déprimés peut faire varier le profil temporel. Afin de répondre à cette question, nous avons l'objectif de réaliser de nouvelles analyses en répartissant les patients déprimés en deux groupes : les patients déprimés avec une anxiété élevée, et les patients déprimés avec une anxiété faible. Toutefois, ces analyses permettront uniquement de questionner l'impact des symptômes anxieux sur le profil temporel au sein de patients déprimés. C'est pourquoi des analyses seront également réalisées auprès des

participants non-déprimés, issus de la population générale, afin d'investiguer les différences de perspective temporelle entre individus anxieux et non-anxieux indépendamment de la dépression.

Il serait également pertinent, pour les mêmes arguments que ceux explicités ci-dessus, de s'intéresser à la perspective temporelle au sein de patients diagnostiqués d'un trouble anxieux, et notamment un trouble anxieux généralisé ; ce dernier s'accompagnant particulièrement d'une anticipation et préoccupation excessives pour les événements à venir, et d'une intolérance à l'incertitude (Ladouceur, 1999 ; Dugas et al., 1998).

Pour autant, aucune étude à notre connaissance ne s'est attachée à étudier la perspective temporelle auprès de patients diagnostiqués d'un trouble anxieux généralisé, et aucune étude ne s'est attachée à comparer le profil temporel entre individus déprimés et individus anxieux.

### **2.6.3. Quelle place de la perspective temporelle dans les concepts liés au rapport au temps, dans la littérature sur la dépression ?**

Nous avons expliqué précédemment que la littérature sur la dépression abordait le rapport au temps de façon indirecte, par l'intermédiaire de la mémoire autobiographique, des ruminations, de l'espoir ou encore du pessimisme<sup>21</sup>. Autant d'éléments qui nous ont conduit à réaliser ce travail de thèse, afin d'investiguer plus directement et de façon plus holistique le rapport au temps chez les patients déprimés, par l'intermédiaire de la perspective temporelle.

Comme nous l'avons vu tout au long de cette première partie de discussion, les résultats de notre étude sont en cohérence avec cette littérature :

- La vision négative du passé peut se mettre en perspective des études sur les ruminations et sur la mémoire autobiographique.
- Le rapport fataliste et résigné face à la vie peut se mettre en perspective des études sur l'espoir et le pessimisme.

Cette mise en perspective nous amène à la question suivante : quelle place la perspective temporelle occupe-t-elle auprès de ces concepts qui sont indirectement liés au rapport au temps, et que l'on sait impliqués dans le fonctionnement dépressif ? Quels sont les liens qu'entretiennent les dimensions de la perspective temporelle avec ces concepts ? Les ruminations, la mémoire autobiographique, l'espoir et le pessimisme sont-ils des processus qui vont sous-tendre le développement du profil temporel ? Ou, au contraire, le développement du profil temporel va-t-il influencer ces variables ?

---

<sup>21</sup> Voir *chapitre 2* de la littérature

### Synthèse : discussion de l'axe 1

- Les résultats soulignent l'importance de prendre en compte **toutes les dimensions temporelles** dans la dépression, et suggèrent que les patients déprimés auraient un **profil temporel altéré**, en comparaison des individus non-déprimés : ils sont davantage focalisés sur une vision négative du passé, ont davantage tendance à adopter une attitude fataliste de résignation, ont une moindre capacité à se centrer sur le moment présent et le plaisir immédiat, et sont moins orientés vers la planification et la réalisation d'objectifs.
- Le **rapport au passé** semble jouer un rôle particulièrement important, compte tenu du fait qu'il s'agit de la dimension sur laquelle les patients déprimés et les individus non-déprimés diffèrent le plus. Cette importance du passé pourrait notamment s'expliquer par son rôle dans le développement du sentiment d'efficacité et dans l'estime de soi, qui permettent de comprendre comment la vision du passé peut impacter le rapport à la situation actuelle et au futur.
- Les symptômes dépressifs sont associés positivement aux dimensions plus dysfonctionnelles (*passé négatif et présent fataliste*), et ne sont pas associés aux dimensions plus fonctionnelles (*passé positif, présent hédoniste, futur*) ; ce qui suggère qu'il pourrait être plus pertinent de **se focaliser sur la réduction des biais temporels négatifs**.
- Des considérations méthodologiques amènent à envisager qu'une mesure d'un **futur négatif**, et notamment qui permet d'investiguer la notion de pessimisme, est nécessaire quant à l'évaluation du rapport au temps dans la dépression, et figure aujourd'hui comme une lacune du ZTPI.
- L'équilibre du profil temporel ne doit pas être négligé dans l'étude du rapport au temps : avec la dimension *passé*, il s'agit de la variable sur laquelle les patients déprimés et les individus non-déprimés diffèrent le plus. Par ailleurs, le déséquilibre du profil temporel prédit positivement les symptômes dépressifs et anxieux. Ainsi, au-delà de la façon dont les individus se situent indépendamment sur chaque dimension, il est important de **considérer l'équilibre global du profil temporel**.
- Des **études longitudinales** sont nécessaires pour déterminer la dynamique et la causalité de la relation entre perspective temporelle et dépression. Enfin, des études ultérieures sur le lien entre **perspective temporelle et anxiété**, et sur la place de la perspective temporelle auprès de **concepts qui étudient indirectement le rapport au temps** dans la dépression (ruminations, pessimisme, espoir, mémoire autobiographique) seraient particulièrement pertinentes.



## QUATRIEME PARTIE

---

### **Résultats et discussion de l'axe 2**

---



# 1. Résultats de l'axe 2

Evolution de la perspective temporelle de patients déprimés après thérapie TCC ou MBCT

## 1.1. Analyses descriptives

Les caractéristiques des patients qui ont été évalués avant et après thérapie sur les différentes variables dépendantes mesurées, ainsi que la consistance interne de chaque variable (alphas de Cronbach,  $\alpha$ ), sont présentées dans le **tableau 16**. Les indices d'asymétrie (*skewness*) et d'aplatissement (*kurtosis*) des scores sont indiqués dans le **tableau 17**.

Etant donné que les analyses statistiques inférentielles qui seront effectuées sur ces échantillons ne concerneront pas les dimensions de coping et les schémas précoces inadaptés, le CISS et l'YSQ n'ont pas été inclus dans les analyses descriptives.

Les analyses descriptives ont été effectuées sur les scores des patients au premier temps d'évaluation, avant le début de la thérapie, et ont été effectuées de façon indépendante pour les patients qui ont suivi une TCC d'une part, et les patients qui ont suivi un protocole MBCT d'autre part.

**Tableau 16.** Analyses descriptives et consistance interne des scores à T1 (avant thérapie) des patients réévalués après thérapie (résultats axe 2)

	Groupe TCC (n=30)				Groupe MBCT (n=12)			
	$\alpha$	Moyenne ( $\sigma$ )	Médiane	Etendue	$\alpha$	Moyenne ( $\sigma$ )	Médiane	Etendue
<b>BDI-13</b>	.85	17.93 (7.64)	19.50	3-29	.85	15.09 (4.78)	17.00	7-20
<b>STAI-Y A</b>	.95	63.82 (12.05)	66.68	41-82	.94	59.50 (20.15)	66.00	28-85
<b>STAI-Y B</b>	.91	65.78 (6.36)	66.00	53-75	.93	64.67 (11.70)	68.50	41-82
<b>ZTPI</b>								
<i>Passé négatif</i>	.81	3.78 (0.66)	3.83	2.30-5.00	.69	3.02 (0.90)	2.94	1.56-4.33
<i>Passé positif</i>	.84	2.84 (0.79)	2.81	1.50-4.75	.74	2.86 (0.36)	2.87	2.38-3.50
<i>Présent fataliste</i>	.54	2.80 (0.62)	2.83	1.33-3.78	.52	2.58 (0.64)	2.50	1.67-4.00
<i>Présent hédoniste</i>	.78	2.95 (0.72)	2.83	1.47-4.47	.83	3.22 (0.48)	3.20	2.53-4.47
<i>Futur</i>	.77	3.19 (0.72)	3.15	2.15-4.46	.82	3.30 (0.69)	3.38	1.46-4.08
<b>DBTP</b>		3.37 (0.78)	3.32	2.06-4.95		2.75 (0.69)	2.76	1.78-4.10

BDI-13 : Short version of the Beck Depression Inventory ; STAI A : State Anxiety Inventory ; STAI B : Trait Anxiety Inventory ; ZTPI : Zimbardo Time Perspective Inventory ; DBTP : Deviation from Balanced Time Perspective

**Tableau 17.** Indices de dispersion et de distribution des scores à T1 (avant thérapie) des patients réévalués après thérapie (résultats axe 2)

	TCC			MBCT		
	SW (p)	S	K	SW (p)	S	K
<b>BDI-13</b>	.145	-0.36	-0.99	.035	-0.78	-1.06
<b>STAI A</b>	.106	-0.38	-0.90	.191	-0.51	-1.21
<b>STAI B</b>	.163	-0.21	-1.09	.310	-0.69	-0.10
<b>ZTPI</b>						
<i>Passé négatif</i>	.889	-0.10	-0.13	.567	0.14	-0.89
<i>Passé positif</i>	.711	0.29	-0.40	.519	0.27	-0.89
<i>Présent fataliste</i>	.575	-0.35	-0.45	.263	0.88	1.60
<i>Présent hédoniste</i>	.502	0.25	0.16	.051	1.53	4.20
<i>Futur</i>	.764	0.20	-0.63	.025	-1.82	4.61
<b>DBTP</b>	.428	0.33	-0.65	.811	0.45	-0.43

S = skewness (indice d'asymétrie) ; K = kurtosis (indice d'aplatissement) ; SW = test de de Shapiro-Wilk

BDI-13 : Short version of the Beck Depression Inventory ; STAI A : State Anxiety Inventory ; STAI B : Trait Anxiety Inventory ; ZTPI : Zimbardo Time Perspective Inventory

## 1.1.1. Dépression et anxiété

### 1.1.1.1. Dispersion et distribution des scores de dépression et d'anxiété

#### GROUPE TCC

Au sein des patients réévalués après thérapie TCC, la médiane et la moyenne sont proches l'une de l'autre pour les scores d'anxiété-trait, et relativement éloignées pour les scores d'anxiété-état et de dépression. L'écart-type ne représente pas plus de 50% de la moyenne pour ces trois variables, ce qui suggère qu'il n'y a pas de données atypiques.

L'indice de symétrie (*skewness*) indique une asymétrie positive pour l'ensemble de ces variables : les valeurs supérieures à la moyenne sont plus fréquentes que les valeurs inférieures à la moyenne. Le coefficient d'aplatissement (*kurtosis*) pour les trois variables est compris entre -2 et +2, la distribution est ainsi qualifiée de mésokurtique (ni en pointe, ni étirée).

Afin de tester l'ajustement des données à une distribution gaussienne, nous avons eu recours au test de Shapiro-Wilk, indiqué pour les petits échantillons. La valeur du p à ce test est supérieure à .05 pour l'ensemble des variables : l'hypothèse d'une distribution normale des données n'est pas rejetée.

#### GROUPE MBCT

Au sein des participants réévalués après thérapie MBCT, la médiane et la moyenne sont relativement éloignées pour les scores de dépression, d'anxiété-état et d'anxiété-trait. Pour ces trois variables, l'écart-type ne représente pas plus de 50% de la moyenne.

L'indice de symétrie indique une symétrie positive des données (les données supérieures à la moyenne sont plus fréquentes), et le coefficient d'aplatissement est compris entre -2 et +2 : la distribution est qualifiée de mésokurtique (ni en pointe, ni étirée).

La valeur du p du test de Shapiro-Wilk est inférieure à .05 pour les scores de dépression (l'hypothèse d'une distribution normale est rejetée), et supérieure à .05 pour les scores d'anxiété-état et d'anxiété-trait.

### 1.1.1.2. Fiabilité et description des scores d'anxiété et de dépression

Au sein des patients réévalués après thérapie TCC, nous observons les valeurs suivantes pour les Alphas de Cronbach :  $\alpha=.85$  pour la dépression,  $\alpha=.95$  pour l'anxiété-état, et  $\alpha=.91$  pour l'anxiété-trait.

Au sein des patients réévalués après thérapie MBCT, les alphas de Cronbach sont les suivants :  $\alpha=.85$  pour la dépression,  $\alpha=.94$  pour l'anxiété-état et  $\alpha=.93$  pour l'anxiété-trait.

Ainsi, la fiabilité est bonne pour l'ensemble des variables de dépression et d'anxiété au sein des patients réévalués après thérapie.

▪ **Concernant les scores de dépression (BDI-13)**

Les patients réévalués **après thérapie TCC** ont dans l'ensemble un score moyen de dépression de 17.93 ( $\sigma=7.64$ ), ce qui correspond à une valeur supérieure au score seuil de dépression sévère. Plus précisément, 9 patients (30%) ont des scores indiquant une **dépression modérée** (entre 8 et 15), et 21 patients (70%) ont des scores indiquant une **dépression sévère** (16 et plus) ; selon les seuils de gravité proposés par Beck et Beamesderfer (1974).

Les patients réévalués **après thérapie MBCT** ont dans l'ensemble un score moyen de dépression de 15.09 ( $\sigma=4.78$ ), ce qui correspond à un score de dépression modérée. Plus précisément, 4 patients (33.33%) ont des scores indiquant une **dépression modérée**, et 8 patients (66.67%) ont des scores indiquant une **dépression sévère**.

▪ **Concernant les scores d'anxiété-état (STAI A) et d'anxiété-trait (STAI B)**

Les patients réévalués **après thérapie TCC** ont des scores moyens de 63.82 ( $\sigma=12.05$ ) à l'anxiété-état, et 65.78 ( $\sigma=6.36$ ) à l'anxiété-trait, ce qui correspond à des scores respectivement élevés et très élevés d'anxiété-état et d'anxiété-trait. Plus précisément, concernant l'anxiété-état, 4 patients (13.33%) présentent une anxiété faible (inférieur à 45), 4 patients (13.33%) présentent une anxiété moyenne (entre 45 et 55), 5 patients (16.67%) présentent une anxiété élevée (entre 56 et 65), et 17 patients (56.67%) présentent une anxiété très élevée (supérieur à 65). Concernant l'anxiété-trait, un patient (3.33%) présente une anxiété moyenne, 12 patients (40%) présentent une anxiété élevée, 17 patients (56.67%) présentent une anxiété très élevée, et aucun d'entre eux ne présente une anxiété faible.

Les patients réévalués **après thérapie MBCT** ont des scores moyens de 59.50 ( $\sigma=10.15$ ) à l'anxiété-état, et 65.67 ( $\sigma=11.70$ ) à l'anxiété-trait, ce qui indiquent des niveaux respectivement élevés et très élevés d'anxiété-état et d'anxiété-trait. Plus précisément, concernant l'anxiété-état, 3 patients (25%) présentent une anxiété faible, 2 patients (6.67%) présentent une anxiété élevée, et 7 patients (23.33%) présentent une anxiété très élevée.

## 1.1.2. Perspective temporelle et DBTP

### 1.1.2.1. Dispersion et distribution des scores de perspective temporelle et de DBTP

#### GROUPE TCC

Au sein des patients réévalués après thérapie TCC, la médiane et la moyenne des cinq dimensions de la perspective temporelle et de la DBTP sont proches l'une de l'autre. Ainsi, la distribution semble relativement symétrique pour chacune des dimensions de la perspective temporelle. Par ailleurs, pour chaque variable, l'écart-type vaut moins de 50% de la moyenne, ce qui laisse supposer qu'il n'y a pas de données atypiques.

L'indice de symétrie est supérieur à 0 pour le *passé positif*, le *présent hédoniste*, l'orientation vers le *futur* et la DBTP, indiquant une asymétrie négative : les valeurs inférieures à la moyenne sont plus fréquentes. Nous observons une asymétrie positive pour le *passé négatif* et le *présent fataliste* : les valeurs supérieures à la moyenne sont plus fréquentes.

Le coefficient d'aplatissement est compris entre -2 et +2 pour chacune des dimensions de la perspective temporelle et pour la DBTP. La distribution est donc qualifiée de mésokurtique.

Le test de Shapiro-Wilk indique une valeur de p non significative pour les cinq dimensions du ZTPI et la DBTP : la distribution ne diffère pas significativement d'une distribution normale.

#### GROUPE MBCT

Au sein des participants réévalués après thérapie MBCT, la médiane et la moyenne sont relativement proches pour l'ensemble des dimensions du ZTPI et pour les scores de DBTP, et l'écart-type ne représente pas plus de 50% de la moyenne.

L'indice de symétrie indique une asymétrie positive pour l'ensemble des variables à l'exception de la dimension *futur* (dont la distribution présente une asymétrie négative). Le coefficient d'aplatissement est compris entre -2 et +2 pour les dimensions *passé négatif*, *passé positif*, *présent fataliste* et pour les scores de DBTP (la distribution est mésokurtique). Cependant, le coefficient d'aplatissement est supérieur à 2 pour les dimensions *présent hédoniste* et *futur*, indiquant une distribution leptokurtique (en pointe).

La valeur du p du test de Shapiro-Wilk est non significative pour l'ensemble des variables, à l'exception de la dimension *futur* pour laquelle l'hypothèse d'une distribution normale est rejetée.

### 1.1.2.2. Fiabilité et description des scores de perspective temporelle

Concernant la consistance interne, au sein des patients réévalués **après thérapie TCC**, les résultats indiquent les valeurs suivantes pour les alphas de Cronbach calculés :  $\alpha=.81$  pour le *passé négatif*,  $\alpha=.84$  pour le *passé positif*,  $\alpha=.54$  pour le *présent fataliste*,  $\alpha=.78$  pour le *présent hédoniste*, et  $\alpha=.77$  pour l'orientation vers le *futur*.

Au sein des patients réévalués **après thérapie MBCT**, les résultats indiquent les valeurs suivantes pour les alphas de Cronbach calculés :  $\alpha=.69$  pour le *passé négatif*,  $\alpha=.74$  pour le *passé positif*,  $\alpha=.52$  pour le *présent fataliste*,  $\alpha=.83$  pour le *présent hédoniste*, et  $\alpha=.82$  pour l'orientation vers le *futur*.

Au sein des deux groupes, la consistance interne est satisfaisante pour l'ensemble des dimensions, bien que nous observions une certaine hétérogénéité concernant la dimension *présent fataliste* (la valeur demeurant suffisamment acceptable).

Pour les **patients réévalués après thérapie TCC**, les scores moyens sont ordonnés hiérarchiquement de la façon suivante : *passé négatif* (3.78,  $\sigma=0.66$ ), *futur* (3.19,  $\sigma=0.72$ ), *présent hédoniste* (2.95,  $\sigma=0.72$ ), *passé positif* (2.84,  $\sigma=0.79$ ) et *présent fataliste* (2.80,  $\sigma=0.62$ ).

Pour les **patients réévalués après thérapie MBCT**, les scores moyens sont ordonnés hiérarchiquement de la façon suivante : *futur* (3.30,  $\sigma=0.69$ ), *présent hédoniste* (3.22,  $\sigma=0.48$ ), *passé négatif* (3.02,  $\sigma=0.90$ ), *passé positif* (2.86,  $\sigma=0.36$ ) et *présent fataliste* (2.58,  $\sigma=0.64$ ).

### 1.1.3. Variables socio-démographiques

#### GROUPE TCC

Au sein des patients réévalués après thérapie TCC, les femmes (n=22) ont des scores significativement supérieurs aux scores des participants masculins (n=8) pour la dépression ( $Z=-2.02$ ,  $p=.045$ ) et la dimension *passé négatif* (ZTPI) ( $Z=-2.47$ ,  $p=.012$ ).

Les analyses corrélationnelles indiquent que l'âge est corrélé significativement et négativement avec les scores de dépression ( $r=-.60$ ,  $p=.000$ ), avec le *passé négatif* ( $r=-.61$ ,  $p=.000$ ), le *présent fataliste* ( $r=-.64$ ,  $p=.001$ ), le *présent hédoniste* ( $r=-.39$ ,  $p=.032$ )  $p=.008$ , et les scores de DBTP ( $r=-.50$ ,  $p=.005$ ).

Aucune différence significative n'est observée entre les patients actuellement en relation conjugale et les patients célibataires. En revanche, les patients actuellement en activité professionnelle (ou étudiants) (n=23) ont des scores significativement supérieurs à la dimension

*présent hédoniste* ( $Z=-2.26$ ,  $p=.022$ ), en comparaison des patients qui sont sans activité ( $n=7$ ).

### GROUPE MBCT

Au sein des patients réévalués après thérapie MBCT, les analyses corrélationnelles n'indiquent aucune corrélation significative entre l'âge et les autres variables.

Après réalisation d'un test U de Mann-Whitney, aucune autre différence significative n'est observée non plus concernant les autres variables sociodémographiques (genre, statut conjugal et activité professionnelle). Cependant, l'absence de différence significative peut être conséquente au très faible effectif ( $n=12$ ) de l'échantillon.

## **1.2. Evolution de la perspective temporelle et de la DBTP avant et après TCC**

### **1.2.1. Rappel des hypothèses**

**Hypothèse générale 3** : le profil temporel des patients déprimés serait amélioré après une thérapie comportementale et cognitive.

- *H3a*. Les scores de *présent fataliste* et de *passé négatif* seraient plus faibles après une thérapie de type comportementale et cognitive
- *H3b*. Les scores d'orientation vers le *futur* et de *présent hédoniste* seraient plus élevés après une thérapie de type comportementale et cognitive

### **1.2.2. Analyses de comparaison avant et après thérapie TCC**

Le détail des résultats des tests de comparaison entre les scores avant thérapie et les scores après thérapie de type TCC est disponible dans le **tableau 18**.

Etant donné que les conditions d'application de test paramétrique (hypothèse d'une distribution gaussienne et homogénéité des variances) ont été vérifiées pour chacune des variables dépendantes, le test paramétrique du t de Student pour échantillons appariés a été utilisé lors des comparaisons.

### 1.2.2.1. Symptômes dépressifs et anxieux

L'objectif principal de ces analyses consistait en une comparaison des scores de perspective temporelle avant et après la thérapie. Toutefois, s'agissant d'une thérapie destinée aux patients déprimés, il était également nécessaire de comparer les scores avant et après thérapie sur les variables cibles de la thérapie, c'est-à-dire les symptômes dépressifs et anxieux.

Nous observons ainsi que les patients avaient un score moyen de dépression de 17.93 ( $\sigma=7.64$ ) avant la thérapie, et un score moyen de 15.43 ( $\sigma=8.08$ ) après la thérapie. Cette différence de moyenne ( $d=2.50$ ) est significative ( $t=3.87$ ,  $p=.001$ ). Ainsi, les patients ont des scores de dépression significativement inférieurs après la thérapie, en comparaison des scores avant thérapie.

Le constat est similaire pour les symptômes anxieux : les patients avaient des scores respectifs de 63.82 ( $\sigma=12.05$ ) et 65.78 ( $\sigma=6.36$ ) avant thérapie à l'anxiété-état et l'anxiété-trait, et des scores moyens de 56,83 ( $\sigma=11.11$ ) et 60.10 ( $\sigma=8.01$ ) à ces mêmes variables, après thérapie. La différence de moyenne est significative pour l'anxiété-état ( $d=6.99$ ,  $t=3.75$ ,  $p=.001$ ) comme pour l'anxiété-trait ( $d=5.67$ ,  $t=3.68$ ,  $p=.001$ ). Ainsi, les patients ont des scores d'anxiété significativement inférieurs après la thérapie, en comparaison des scores avant thérapie.

### 1.2.2.2. Perspective temporelle et DBTP

Les patients avaient un score moyen de 3.78 ( $\sigma=0.66$ ) à la dimension *passé négatif* avant thérapie, et un score moyen de 3.58 ( $\sigma=0.65$ ) à cette même dimension après thérapie. La différence de moyenne ( $d=0.21$ ) est significative ( $t=2.55$ ,  $p=.016$ ). Ainsi, les patients ont des scores de *passé négatif* significativement inférieurs après la thérapie, en comparaison des scores avant la thérapie.

En revanche, aucune différence significative n'est observable entre les scores avant et après thérapie pour la dimension *passé positif* ( $p>.05$ ).

Les patients avaient un score moyen de 2.80 ( $\sigma=0.62$ ) à la dimension *présent fataliste* avant la thérapie, et un score moyen de 2.62 ( $\sigma=0.76$ ) après la thérapie à cette même dimension. La différence des moyennes ( $d=0.17$ ) n'est pas significative, bien que nous observions une tendance à la significativité ( $t=1.73$ ,  $p=.094$ ).

Par ailleurs, aucune différence significative n'est observable entre les scores avant et après thérapie pour la dimension *présent hédoniste* ( $p>.05$ ).

Les patients avaient un score moyen de 3.19 ( $\sigma=0.72$ ) à l'orientation vers le *futur* avant thérapie, et un score moyen de 3.63 ( $\sigma=0.75$ ) après la thérapie à cette même dimension. La différence des moyenne ( $d=-0.43$ ) est significative ( $t=-5.01$ ,  $p=.000$ ). Ainsi, les patients ont des scores d'orientation vers le *futur* significativement plus élevés après la thérapie, en comparaison des scores avant thérapie.

Concernant les scores de DBTP, les patients avaient un score moyen de 3.37 ( $\sigma=0,78$ ) avant la thérapie, et un score moyen de 3.11 ( $\sigma=0.81$ ) après la thérapie. La différence des moyennes ( $d=0.26$ ) est significative ( $t=3.51$ ,  $p=.001$ ). Ainsi, les patients ont un profil temporel significativement plus équilibré après la thérapie, en comparaison du profil temporel avant la thérapie.

**Tableau 18.** Comparaison des scores avant et après thérapie de type TCC (n=30)

	Avant-thérapie	Après-thérapie	Différence moyenne	Test t	Significativité (p)	Intervalle de confiance de la différence (95%)	
	Moyenne ( $\sigma$ )					Inférieur	Supérieur
<b>BDI-13</b>	17.93 (7.64)	15.43 (8.08)	<b>2.50</b>	<b>3.87</b>	<b>.001</b>	1.18	3.82
<b>STAI A</b>	63.82 (12.05)	56.83 (11.11)	<b>6.99</b>	<b>3.75</b>	<b>.001</b>	3.18	10.80
<b>STAI B</b>	65.78 (6.36)	60.10 (8.01)	<b>5.67</b>	<b>3.68</b>	<b>.001</b>	2.51	8.82
<b>ZTPI</b>							
<i>Passé Négatif</i>	3.78 (0.66)	3.58 (0.65)	0.21	<b>2.55</b>	<b>.016</b>	0.04	0.37
<i>Passé Positif</i>	2.84 (0.79)	2.90 (0.76)	-0.06	-1.53	.136	-0.14	0.02
<i>Présent Fataliste</i>	2.80 (0.62)	2.62 (0.76)	0.17	1.73	.094	-0.03	0.38
<i>Présent Hédoniste</i>	2.95 (0.72)	3.01 (0.60)	-0.06	-1.03	.312	-0.18	0.06
<i>Futur</i>	3.19 (0.72)	3.63 (0.75)	-0.43	<b>-5.07</b>	<b>.000</b>	-0.61	-0.26
<b>DBTP</b>	3.37 (0.78)	3.11 (0.81)	0.26	<b>3.51</b>	<b>.001</b>	0.11	0.41

BDI-13 : Short version of the Beck Depression Inventory ; STAI A : State Anxiety Inventory ; STAI B : Trait Anxiety Inventory ; ZTPI : Zimbardo Time Perspective Inventory ; DBTP : Deviation from Balanced Time Perspective

### 1.2.3. Retour aux hypothèses

En conclusion de ces analyses de comparaison des scores avant et après thérapie TCC, l'hypothèse générale 3 est partiellement validée :

- **L'hypothèse H3a est partiellement validée** (*H3a. les scores de présent fataliste et de passé négatif seraient plus faibles après une thérapie de type comportementale et cognitive*)
  - La différence des scores avant et après thérapie pour la dimension *présent fataliste* n'est pas significative (bien que nous observions une tendance à la significativité, allant dans le sens de l'hypothèse).
  - En revanche, les scores de *passé négatif* sont significativement moins élevés après la thérapie.
  - Les scores de DBTP sont également significativement moins élevés après la thérapie, ce qui n'était pas attendu dans nos hypothèses.
  
- **L'hypothèse H3b est partiellement validée** (*H3b. les scores d'orientation vers le futur et de présent hédoniste seraient plus élevés après une thérapie de type comportementale et cognitive*)
  - La différence des scores avant et après thérapie pour la dimension orientation vers le *futur* est significative : les scores d'orientation vers le *futur* sont significativement plus élevés après la thérapie.
  - En revanche, aucune différence significative n'est observable entre les scores avant et après thérapie pour le *présent hédoniste*.

## 1.3. Evolution de la perspective temporelle et de la DBTP avant et après MBCT

### 1.3.1. Rappel des hypothèses

**Hypothèse générale 4** : le profil temporel des patients déprimés serait amélioré après une de type pleine conscience.

- *H4a*. Les scores de *passé négatif* et de *présent fataliste* seraient plus faibles après une thérapie de type pleine conscience
- *H4b*. Les scores d'orientation vers le futur seraient plus élevés après une thérapie de type pleine conscience
- *H4c*. Le profil temporel des patients serait plus équilibré (plus proche de la BTP) après une thérapie de type pleine conscience.

### 1.3.2. Analyses de comparaison avant et après thérapie MBCT

Le détail des résultats des tests de comparaison entre les scores avant thérapie et les scores après thérapie de type MBCT est disponible dans le **tableau 19**.

Etant donné le faible effectif de l'échantillon ( $n=12$ ), le test non-paramétrique de Wilcoxon pour échantillons appariés a été utilisé lors des comparaisons.

#### 1.3.2.1. Symptômes dépressifs et anxieux

Nous observons que les patients avaient un score moyen de dépression de 15.09 ( $\sigma=4.78$ ) avant la thérapie, et un score moyen de 11.25 ( $\sigma=5.43$ ) après la thérapie. La différence est significative ( $Z=-3.08$ ,  $p=.002$ ). Ainsi, les patients ont des scores de dépression significativement inférieurs après la thérapie, en comparaison des scores avant thérapie.

Le constat est similaire pour les symptômes anxieux : les patients avaient des scores respectifs de 59.50 ( $\sigma=20,15$ ) et 64.67 ( $\sigma=11,70$ ) avant thérapie à l'anxiété-état et l'anxiété-trait, et des scores moyens de 55.67 ( $\sigma=17,93$ ) et 55.92 ( $\sigma=15,01$ ) à ces mêmes variables, après thérapie. La différence est significative pour l'anxiété-état ( $Z=-2.08$ ,  $p=.037$ ) comme pour l'anxiété-trait ( $Z=-3.06$ ,  $p=.002$ ). Ainsi, les patients ont des scores d'anxiété significativement inférieurs après la thérapie, en comparaison des scores avant thérapie.

### 1.3.2.2. Perspective temporelle et DBTP

Les patients avaient un score moyen de 3.02 ( $\sigma=0.90$ ) à la dimension *passé négatif* avant thérapie, et un score moyen de 2.58 ( $\sigma=1.07$ ) à cette même dimension après thérapie. La différence est significative ( $Z=-3.07$ ,  $p=.002$ ). Ainsi, les patients ont des scores de *passé négatif* significativement inférieurs après la thérapie, en comparaison des scores avant la thérapie.

En revanche, aucune différence significative n'est observable entre les scores avant et après thérapie pour les dimensions *passé positif*, *présent fataliste*, *présent hédoniste*, et orientation vers le *futur* ( $p>.05$ ). Aucune différence significative n'est également observable concernant les scores de DBTP avant et après thérapie ( $p>.05$ ).

**Tableau 19.** Comparaison des scores avant et après thérapie de type MBCT (n=12)

	Avant- thérapie	Après- thérapie	Différence moyenne	Z	Significativité (p)	Intervalle de confiance de la différence (95%)	
	Moyenne ( $\sigma$ )					Inférieur	Supérieur
<b>BDI-13</b>	15.09 (4.78)	11.25 (5.43)	<b>3.83</b>	<b>-3.08</b>	<b>.002</b>	2.54	5.13
<b>STAI A</b>	59.50 (20.15)	55.67 (17.93)	<b>3.83</b>	<b>-2.08</b>	<b>.037</b>	0.05	7.61
<b>STAI B</b>	64.67 (11.70)	55.92 (15.01)	<b>8.75</b>	<b>-3.06</b>	<b>.002</b>	4.23	13.27
<b>ZTPI</b>							
<i>Passé Négatif</i>	3.02 (0.90)	2.58 (1.07)	0.44	<b>-3.07</b>	<b>.002</b>	0.27	0.61
<i>Passé Positif</i>	2.86 (0.36)	2.86 (0.39)	0.00	-0.48	.635	-0.04	0.05
<i>Présent Fataliste</i>	2.58 (0.64)	2.48 (0.69)	0.03	-1.33	.182	-0.04	0.11
<i>Présent Hédoniste</i>	3.22 (0.48)	3.09 (0.54)	0.13	-0.63	.529	-0.02	0.28
<i>Futur</i>	3.30 (0.69)	3.34 (0.72)	-0.04	-1.33	.182	-0.08	0.01
<b>DBTP</b>	2.75 (0.69)	2.71 (0.73)	0.05	-1.41	.158	-0.01	0.09

BDI-13 : Short version of the Beck Depression Inventory ; STAI A : State Anxiety Inventory ; STAI B : Trait Anxiety Inventory ; ZTPI : Zimbaro Time Perspective Inventory ; DBTP : Deviation from Balanced Time Perspective

### 1.3.3. Retour aux hypothèses

En conclusion de ces analyses de comparaison des scores avant et après thérapie MBCT, l'hypothèse générale 4 est partiellement validée :

- **L'hypothèse H4a est partiellement validée** (*H4a. les scores de passé négatif et de présent fataliste seraient plus faibles après une thérapie de type pleine conscience*)
  - La différence des scores avant et après thérapie pour la dimension *présent fataliste* n'est pas significative.
  - En revanche, les scores de *passé négatif* sont significativement moins élevés après la thérapie.
  
- **L'hypothèse H4b n'est pas validée** (*H4b. les scores d'orientation vers le futur seraient plus élevés après une thérapie de type pleine conscience*)
  - La différence des scores d'orientation vers le futur avant et après thérapie n'est pas significative.
  
- **L'hypothèse H4c n'est pas validée** (*H4c. le profil temporel des patients serait plus équilibré après une thérapie de type pleine conscience*)
  - La différence des scores de DBTP avant et après thérapie n'est pas significative.

## **1.4. Analyses complémentaires : effet prédicteur de la perspective temporelle et de la DBTP avant thérapie sur la réduction des symptômes anxieux et dépressifs après thérapie**

Afin de déterminer comment le profil temporel initial (avant thérapie) impacte la réduction des symptômes anxieux et dépressifs, nous avons procédé de la façon suivante pour chacune des deux thérapies :

- 1) Dans un premier temps, la différence des scores avant/après thérapie sur les variables dépression, anxiété-état et anxiété-trait a été calculée.
- 2) Dans un second temps, des corrélations de Pearson ou de Spearman ont été réalisées entre les scores de perspective temporelle et de DBTP à T1, avant thérapie ; et la différence de scores avant/après thérapie des symptômes anxieux et dépressifs.
- 3) Enfin, en s'appuyant sur les corrélations significatives observées dans l'étape précédente, des régressions linéaires ont été réalisées afin de déterminer l'effet prédicteur de la perspective temporelle et de la DBTP avant thérapie sur les différences de scores avant/après thérapie des symptômes anxieux et dépressifs.

### **1.4.1. Effet prédicteur de la perspective temporelle et de la DBTP sur la réduction des symptômes après thérapie TCC**

#### **1.4.1.1. Analyses de corrélation**

Le **tableau 20** présente les corrélations entre les scores aux dimensions de la perspective temporelle et de DBTP à T1 avec la différence de scores avant/après thérapie de dépression, d'anxiété-état et d'anxiété-trait ; auprès des 30 patients déprimés qui ont suivis une thérapie de type TCC.

Nous observons que la différence de scores avant/après thérapie de dépression et d'anxiété (trait et état) n'est associée ni aux dimensions de la perspective temporelle, ni aux scores de la DBTP avant thérapie. Ainsi, compte tenu de l'absence de relation linéaire entre les variables, aucune analyse de régression n'a été menée concernant l'effet prédicteur de la perspective temporelle et de la DBTP sur la réduction des symptômes anxio-dépressifs après thérapie TCC.

**Tableau 20.** Corrélations entre la perspective temporelle et la DBTP à T1 (avant thérapie) et la réduction des symptômes anxieux et dépressifs à T2 (après thérapie) (TCC)

	PN T1	PP T1	PF T1	PH T1	FUT T1	DBTP T1
DIFF BDI-13	-.04	-.15	.02	-.02	.10	.01
DIFF STAI A	-.20	-.06	.02	.03	-.21	-.03
DIFF STAI B	-.12	.16	.03	.31	-.13	-.23

\* $p < .05$  ; \*\*  $p < .01$  ; \*\*\*  $p < .001$

DIFF BDI-13 : différence de moyenne entre les scores de dépression avant et après thérapie ; DIFF STAI A : différence de moyenne entre les scores d'anxiété-état avant et après thérapie ; DIFF STAI B : différence de moyenne entre les scores d'anxiété-trait avant et après thérapie ; PN T1 : scores avant thérapie de Passé Négatif ; PP T1 : scores avant thérapie de Passé Positif ; PF T1 : scores avant thérapie de Présent Fataliste ; PH T1 : scores avant thérapie de Présent Hédoniste ; FUT T1 : scores avant thérapie d'Orientation vers le futur ; DBTP T1 : scores avant thérapie de Deviation from Balanced Time Perspective

## 1.4.2. Effet prédicteur de la perspective temporelle et de la DBTP sur la réduction des symptômes après thérapie MBCT

### 1.4.2.1. Analyses de corrélation

Le **tableau 21** présent les corrélations entre les scores aux dimensions de la perspective temporelle et de DBTP à T1, avant thérapie, avec la différence de scores avant/après thérapie de dépression, d'anxiété-état et d'anxiété-trait ; auprès des 12 patients déprimés qui ont suivis une thérapie de type MBCT.

Nous observons que les scores de *passé positif* avant thérapie sont significativement et positivement corrélés avec la différence de scores de dépression (.65,  $p < .05$ ) et d'anxiété-trait (.75,  $p < .01$ ). En d'autres termes, plus les patients ont une vision positive de leur passé avant thérapie, plus les symptômes dépressifs et anxieux sont réduits après thérapie.

Nous observons également que les scores de DBTP avant thérapie sont significativement et négativement corrélés avec la différence de scores avant et après thérapie de dépression (-.60,  $p < .05$ ) et d'anxiété-trait (-.72,  $p < .01$ ). En d'autres termes, plus les patients ont un profil temporel qui s'éloigne du profil optimal, moins les symptômes dépressifs et anxieux sont réduits après thérapie.

**Tableau 21.** Corrélations entre la perspective temporelle et la DBTP à T1 (avant thérapie), et la réduction des symptômes anxieux et dépressifs à T2 (après thérapie) (MBCT)

	PN T1	PP T1	PF T1	PH T1	FUT T1	DBTP T1
DIFF BDI-13	.12	.65*	-.32	-.16	.43	-.60*
DIFF STAI A	.16	-.40	.15	.14	-.17	.28
DIFF STAI B	-.42	.75**	-.24	-.35	.10	-.72**

\*p < .05 ; \*\* p < .01 ; \*\*\* p < .001

DIFF BDI-13 : différence de moyenne entre les scores de dépression avant et après thérapie ; DIFF STAI A : différence de moyenne entre les scores d'anxiété-état avant et après thérapie ; DIFF STAI B : différence de moyenne entre les scores d'anxiété-trait avant et après thérapie ; PN T1 : scores avant thérapie de Passé Negatif ; PP T1 : scores avant thérapie de Passé Positif ; PF T1 : scores avant thérapie de Présent Fataliste ; PH T1 : scores avant thérapie de Présent Hédoniste ; FUT T1 : scores avant thérapie d'Orientation vers le futur ; DBTP T1 : scores avant thérapie de Deviation from Balanced Time Perspective

#### 1.4.2.2. Analyses de régression

La sélection des variables indépendantes (VI) a été basée sur les analyses de corrélation de chaque VI avec les différentes variables dépendantes (VD). Toutes les variables d'influence ont été incluses dans les modèles. Seule la dimension *passé positif* et les scores de DBTP ont été introduites dans les modèles, car elles corrôlaient significativement à la différence avant-après thérapie des scores de dépression et d'anxiété-trait.

Toutes les analyses de régression ont été réalisées en mettant dans les modèles les variables relatives à l'âge et au sexe, afin de contrôler leurs effets sur les VD.

Préalablement à chaque analyse de régression, une analyse de la variance (ANOVA) a été réalisée afin de déterminer si, pour chaque modèle testé, l'hypothèse nulle d'absence de relation linéaire entre la variable dépendante et les variables indépendantes pouvait être rejetée. Lorsque le modèle était significatif ( $p < .05$ ), le prédicteur contribuait à mieux prédire la variable dépendante (que le modèle sans prédicteur).

Les ANOVA préalablement réalisées ne faisaient pas apparaître de différence significative concernant l'effet prédicteur du *passé positif* avant thérapie sur la différence de scores de dépression ( $F=2,99$ ,  $p=.096$ ), et concernant l'effet prédicteur des scores de DBTP avant thérapie sur la différence des scores de dépression ( $F=1,69$ ,  $p=.246$ ) et d'anxiété ( $F=2,63$ ,  $p=.122$ ). Ainsi, ces modèles ne sont pas présentés.

En revanche, nous observons que la différence de scores d'anxiété-trait avant et après thérapie est positivement et significativement prédite par les scores de *passé positif* ( $\beta=0,81$  ;  $t=3,73$ ,  $p=.006$ ) avant thérapie. La variabilité de la différence de scores d'anxiété-trait avant et après thérapie est expliquée à 64% par le modèle de régression. L'ANOVA réalisée préalablement fait apparaître une différence significative ( $F=4,73$ ,  $p=.035$ ), indiquant que la prise en compte du prédicteur (le *passé positif*) permet une estimation plus fiable et précise de la réduction des symptômes anxieux après thérapie.

En d'autres termes, une orientation plus forte vers le *passé positif* avant thérapie prédit une réduction plus élevée de la tendance à être anxieux après thérapie.

Les résultats de la régression sont présentés dans le **tableau 22**.

**Tableau 22.** Effet prédicteur des scores de *passé positif* à T1 (avant thérapie) sur la différence de scores d'anxiété avant-après thérapie (MBCT)

Modèles	VI (ZTPI)	R <sup>2</sup>	$\beta$	B	T	p	IC 95% pour B	
							Min	Max
VD								
DIFF STAI B	PP T1	.64	.81	16.29	3.73	.006	6.21	26.36
	Age		.25	.15	1.15	.283	-.15	.44
	Sexe		.13	1.99	.59	.574	-5.86	9.85

VD = Variable Dépendante ; VI = Variable Indépendante ; IC = Intervalle de Confiance

DIFF STAI B : *différence de moyenne entre les scores d'anxiété-trait avant et après thérapie* ; PP T1 : *scores avant thérapie de Passé Positif*

**Synthèse : résultats de l'axe 2**

- La thérapie comportementale et cognitive et la thérapie MBCT destinées aux patients déprimés ont toutes deux été efficaces dans la réduction significative des symptômes dépressifs et anxieux.
- Après la thérapie comportementale et cognitive, les patients déprimés sont moins orientés vers le *passé négatif*, et davantage orientés vers le *futur*, en comparaison des scores avant thérapie. En revanche, les scores aux dimensions *passé positif*, *présent fataliste* et *présent hédoniste* demeurent stables.
- Après la thérapie comportementale et cognitive, les patients déprimés ont un profil temporel davantage équilibré, c'est-à-dire qui s'éloigne moins du profil temporel optimal (scores de DBTP), en comparaison des scores de DBTP avant thérapie.
- Après thérapie de type MBCT, les patients déprimés sont moins orientés vers le *passé négatif*. En revanche, les scores aux autres dimensions de la perspective temporelle, ainsi que les scores de DBTP, demeurent stables.
- Le profil temporel avant thérapie ne prédit pas la réduction des symptômes dépressifs après avoir suivi une thérapie de type TCC.
- En revanche, le fait d'avoir une vision plus positive du passé avant thérapie prédit une plus grande réduction des symptômes anxieux (anxiété-trait uniquement) après avoir suivi une thérapie de type MBCT.

## 2. Discussion de l'axe 2

L'objectif principal du deuxième axe était d'explorer l'évolution du profil temporel de patients déprimés avant et après thérapie. Nous avons choisi de nous focaliser sur deux types de thérapies couramment utilisées auprès de patients déprimés, dont l'efficacité est étayée par la littérature : la thérapie comportementale et cognitive, et la pleine conscience. Ces deux thérapies apparaissent particulièrement intéressantes, compte tenu du fait que leur fonctionnement laisse supposer qu'elles pourraient travailler indirectement sur le rapport au temps, bien que cela ne fasse pas partie de leurs objectifs thérapeutiques initiaux.

C'est la raison pour laquelle nous nous sommes penchés sur la capacité des TCC et de la pleine conscience à améliorer les biais temporels de patients déprimés, en nous posant la question suivante : **quelle est l'évolution du profil temporel de patients déprimés avant et après une thérapie de type TCC ou une thérapie de type pleine conscience ?**

Afin de répondre à cette question, nous avons réalisé deux sous-études : lors de la première sous-étude, nous avons mesuré l'évolution des scores de perspective temporelle avant et après thérapie TCC, auprès de 30 patients déprimés. Lors de la deuxième sous-étude, nous avons mesuré l'évolution des scores de perspective temporelle avant et après thérapie MBCT, auprès de 12 patients déprimés.

Nous avons fait l'hypothèse générale que les patients déprimés auraient un profil temporel significativement amélioré après ces deux types de thérapies.

## 2.1. Evolution du profil temporel après TCC : amélioration de la tendance à planifier à court-terme et réduction des biais négatifs vis-à-vis du passé

Les résultats mettent en évidence qu'à l'issue de la thérapie comportementale et cognitive, les patients déprimés ont des scores significativement plus élevés d'orientation vers le *futur*, et des scores significativement moins élevés de *passé négatif*, en comparaison des scores avant thérapie. De plus, ils ont des scores de DBTP significativement moins élevés après thérapie, c'est-à-dire un profil temporel moins déséquilibré, qui s'approche davantage du profil temporel optimal.

L'augmentation de l'orientation vers le *futur* après TCC est sans surprise : en effet, comme nous l'avons développé précédemment, la dimension *futur* du ZTPI évalue principalement les capacités de planification, de résolution de problème, et la tendance à s'orienter vers des objectifs court et moyen-termes ; des aspects qui sont particulièrement travaillés en TCC. En effet, comme nous l'avons développé en amont<sup>22</sup>, la thérapie de groupe suivie par les patients impliquait notamment :

- L'apprentissage de l'activation comportementale, qui consiste à planifier des activités en définissant un objectif qui doit être concret et réalisable afin de n'engendrer ni découragement, ni sensation d'échec qui confirmeraient les croyances négatives du patient.
- L'apprentissage de la résolution de problème, qui consiste à apprendre à définir un problème et à en rechercher les solutions.
- La prescription de tâches, entre chaque séance, qui permet de promouvoir l'autonomie du patient, et l'entraîne à planifier et réaliser des objectifs court-terme.

En réalisant ces exercices quotidiennement, dans un cadre sécurisant, avec la guidance du thérapeute, il est aisé d'imaginer que les patients puissent prendre davantage confiance en leur capacité à planifier et réaliser des objectifs concrets, et à résoudre les problèmes. La thérapie va notamment leur permettre de tester et constater par eux-mêmes leur capacité à réaliser des objectifs qu'ils se sont fixés, et à avoir des expériences de réussite sur lesquelles ils peuvent s'appuyer pour étayer leur sentiment d'efficacité.

---

<sup>22</sup> Voir Méthodologie de la recherche

Néanmoins, le problème du caractère restreint de la dimension *futur* du ZTPI se pose à nouveau ici, car cela ne permet pas d'inférer de l'impact de la TCC sur la vision d'un futur plus long-terme, et sur le pessimisme et l'espoir pour le futur. De plus, nous observons que la diminution des scores de *présent fataliste* après TCC n'est pas significative : ainsi, l'augmentation de la tendance à planifier et à s'orienter vers des objectifs concrets à court-terme ne semble pas s'associer à une réelle diminution du sentiment d'impuissance et de résignation face à leur capacité à agir sur leur vie à plus long-terme.

La diminution des scores de *passé négatif* après TCC paraît moins intuitive, compte tenu du fait que les TCC se focalisent relativement peu sur le passé. Cependant, la dépression s'accompagne de distorsions cognitives qui pourraient en partie sous-tendre la vision négative du passé. En voici quelques exemples (Mirabel-Sarron & Docteur, 2013 ; Beck, 1970, 1976) :

- La ***surgénéralisation***, qui consiste en une conclusion globale à partir d'expériences isolées (« *je n'ai jamais rien réussi* », « *personne ne m'a jamais aimé* ») et qui pourrait à terme contribuer à une vision négative généralisée et absolue du passé.
- L'***abstraction sélective***, qui consiste à filtrer négativement les informations, et peut aboutir à rappeler préférentiellement les événements négatifs du passé.
- Le ***raisonnement dichotomique***, qui amène à penser de façon extrême, manichéiste et peut engendrer une vision en « *tout ou rien* » du passé (« *rien n'a jamais été bien* »).

Par l'intermédiaire de techniques de restructuration cognitive, la TCC va travailler sur ces processus cognitifs : les patients sont amenés à prendre conscience de leurs pensées négatives, à identifier les distorsions qui les sous-tendent. Puis, ils apprennent à prendre de la distance avec les distorsions cognitives, par exemple par la recherche de pensées alternatives ou par l'examen de l'évidence (le patient doit chercher des arguments pour et contre sa pensée, dans une démarche logique et argumentative pour avoir une vision plus objective de la situation).

Ainsi, nous pouvons supposer que la décentration vis-à-vis des pensées négatives pourrait indirectement améliorer les biais temporels négatifs qui sous-tendent la vision absolue et négative du passé. Ces éléments sont particulièrement intéressants car permettent d'imaginer que, bien que la TCC ne travaille pas directement sur le passé, les techniques dont les patients font l'apprentissage pourraient se généraliser et leur permettre de réévaluer aussi, au-delà de la

situation présente, les expériences du passé.

A contrario, aucune amélioration significative des scores de *passé positif* et de *présent hédoniste* n'est observée après TCC. Ces résultats sont cohérents avec ceux retrouvés dans l'axe 1 : en effet, le *passé positif* et le *présent hédoniste* n'étaient pas significativement associés aux symptômes dépressifs, qui sont la cible principale de la thérapie.

De plus, la TCC se focalise principalement sur la réduction des biais négatifs et la prise de distance vis-à-vis des pensées négatives ; et non pas sur l'augmentation de la pensée positive. Par exemple, les patients sont souvent encouragés à trouver des pensées alternatives pour se distancer des pensées négatives, ou à questionner leurs pensées négatives ; mais ils ne sont pas directement amenés à rechercher des aspects positifs à la situation. Ainsi, il est cohérent que la thérapie soit associée à une diminution de la vision négative du passé, et non pas à une augmentation de la vision positive du passé. Cela souligne à nouveau l'indépendance de ces deux dimensions (*passé positif* et *passé négatif*), et l'intérêt de les évaluer par deux échelles distinctes.

Nous aurions pu nous attendre à une amélioration du *présent hédoniste* et de la capacité à se centrer sur le plaisir immédiat après TCC. En effet, par les techniques d'activation comportementale, les patients sont encouragés à planifier et réaliser des activités, notamment des activités plaisantes.

Cependant, l'activation comportementale insiste davantage sur la notion de réalisation d'objectifs et de planification, indépendamment du fait de prendre plaisir à l'activité réalisée : si l'objectif a été atteint, si l'activité a été réalisée, l'exercice est alors considéré comme réussi. La cible de l'activation comportementale est la capacité à se mettre en action. La notion de plaisir est ainsi très secondaire ; et la levée de l'anhédonie, un symptôme plus résistant, n'est pas attendue à ce stade de la thérapie. C'est également pour cela que les activités planifiées par les patients ne sont pas nécessairement des activités plaisantes (il peut s'agir, par exemple, de tâches ménagères ou administratives). De plus, comme nous l'avons souligné, ces techniques d'une part se focalisent majoritairement sur la notion d'objectifs et de planification, et d'autres part sont très cadrées dans leur déroulement : il n'est donc pas étonnant qu'elles n'encouragent pas la centration sur le moment présent, mais plutôt la planification.

Enfin, le déséquilibre du profil temporel est moindre à l'issue de la TCC : en effet, après thérapie, le profil temporel des patients déprimés s'est rapproché du profil temporel optimal. Ces résultats suggèrent que la TCC pourrait permettre de rééquilibrer le profil temporel des patients déprimés, et notamment par l'augmentation de l'orientation vers le futur et la diminution de la vision négative du passé. Il s'agit d'un élément important à prendre en considération concernant l'intérêt de la TCC pour améliorer le profil temporel ; car en effet, comme nous l'avons vu dans les résultats de l'axe 1, le déséquilibre du profil temporel prédit positivement la symptomatologie dépressive.

## **2.2. Evolution du profil temporel après MBCT : quel rôle de l'acceptation dans la réduction de la vision négative du passé ?**

Les résultats mettent en évidence qu'à l'issue de la thérapie MBCT, les patients déprimés ont des scores significativement moins élevés de *passé négatif*, en comparaison des scores avant thérapie. En revanche, les scores aux autres dimensions de la perspective temporelle n'ont pas évolué significativement après la thérapie.

La diminution des scores de *passé négatif* est un résultat attendu qui va dans le sens de notre hypothèse initiale sur l'impact de la pleine conscience sur le profil temporel, et qui est cohérent avec les données de la littérature (Ronnlund et al., 2019 ; Seema & Sirvoca, 2013 ; Vowinkel, 2012 ; Drake et al., 2008).

En effet, la pleine conscience développe les capacités de régulation attentionnelle, et encourage les patients à être plus attentifs et conscients vis-à-vis de leurs pensées négatives, pour se décentrer de celles-ci. Par cet intermédiaire, la pleine conscience permettrait de réduire les ruminations, et notamment le fait de ruminer à propos des expériences négatives du passé (Kuyken et al., 2010 ; Kingston et al., 2007) ; ce qui est considéré comme l'un des facteurs de vulnérabilité et de rechute des troubles dépressifs (Nolen-Hoeksema, 2000 ; Teasdale et al., 2000).

De plus, sachant que la pleine conscience permet de réduire les ruminations, alors la diminution du *passé négatif* auprès des patients de notre étude suggère également que le *passé négatif* pourrait dépendre en partie de la tendance à ruminer. Ces éléments nous ramènent à l'intérêt d'investiguer les liens entre perspective temporelle et ruminations, comme nous l'avons évoqué précédemment dans la discussion de l'axe 1.

Par ailleurs, la pleine conscience encourage une attitude d'ouverture, d'acceptation et de non jugement des pensées et émotions. Nous pourrions ainsi supposer que par cet intermédiaire, la pleine conscience amène les individus à accepter les aspects négatifs du passé et à s'en désengager. En effet, les facettes « *acceptation* » et « *ouverture* » de la pleine conscience sont associées négativement au *passé négatif* dans la littérature (Wittmann et al., 2014).

L'absence d'amélioration du *passé positif* est également cohérente : par la capacité à se désengager des pensées négatives et à apprendre à les accepter, la pleine conscience pourrait permettre de réduire la vision négative du passé, mais n'aurait pas pour conséquence directe d'augmenter la vision positive. En effet, la pleine conscience n'a pas pour objectif thérapeutique d'augmenter les pensées positives, mais davantage de modifier le rapport que les individus entretiennent avec leurs pensées négatives.

L'absence d'amélioration du *présent hédoniste* à l'issue de la thérapie MBCT pourrait paraître, au premier abord, contre-intuitive. En effet, la pleine conscience encourage à être attentif à ce qui se passe dans le moment présent. Toutefois, il s'agit à nouveau d'un résultat qui reste attendu, et cohérent avec les données de la littérature (Seema & Sircova, 2013 ; Drake et al., 2008).

En effet, comme nous l'avons développé dans la revue de la littérature, le *présent hédoniste* correspond à une orientation limitée et restreinte vers le présent, tournée vers la gratification immédiate, avec un manque de considération pour les conséquences futures (Seema & Sircova, 2013). À l'inverse, la pleine conscience n'est pas nécessairement dirigée vers le présent, mais également vers le passé et le futur (Dreyfus, 2011). La pleine conscience, selon Zimbardo et Boyd (2008), correspondrait alors plutôt à un présent holistique, qui intègre le présent, le passé et le futur : en favorisant une attitude d'ouverture et le déploiement de l'attention, la pleine conscience permettrait également de s'ouvrir au passé et au futur, d'y être plus attentif, et d'avoir plus de ressources cognitives à y accorder.

En revanche, nous pouvons nous attendre à une diminution des scores de DBTP, c'est-à-dire à une amélioration de l'équilibre du profil temporel. En effet, pour les raisons évoquées ci-dessus, la pleine conscience permettrait de développer les capacités métacognitives vis-à-vis du présent, du passé et du futur, d'y être plus attentif, d'appréhender les pensées négatives sur le passé et le futur dans une attitude de non jugement et d'acceptation. Ainsi, en intégrant le passé, le présent et le futur, et en améliorant le déploiement de l'attention, la pleine conscience

pourrait permettre le développement d'un profil temporel plus flexible et équilibré (Stolarski et al., 2016). Néanmoins, les scores de DBTP n'ont pas évolué après thérapie, contrairement à notre hypothèse.

Ce résultat, en opposition avec ce que suggère la littérature, pourrait s'expliquer par le caractère très restreint de l'échantillon (n=12), et nécessiterait d'être répliqué auprès d'un effectif plus conséquent.

L'hypothèse selon laquelle la pleine conscience permettrait de développer l'orientation vers le *futur* aurait également été cohérente : en réduisant les ruminations et en permettant le déploiement de l'attention et une attitude d'ouverture, la pleine conscience aurait pu s'associer à une augmentation de la capacité à se projeter dans le futur, en libérant des ressources cognitives.

Pourtant, aucune augmentation significative de l'orientation vers le *futur* n'est observée dans notre échantillon. Ces résultats pourraient à nouveau se comprendre au regard des limites de la dimension *futur* du ZTPI, et sur le focus qui est mis sur la planification, qui n'est pas nécessairement liée à la capacité à être ouvert au futur. Une nouvelle fois, il serait ainsi intéressant d'investiguer l'impact de la pleine conscience sur un rapport au futur qui prend en considération le pessimisme, l'espoir, mais aussi la tendance générale à se projeter dans le futur.

## 2.3. Limites et perspectives

### 2.3.1. Limites

Les deux sous-études réalisées sur l'évolution du profil temporel avant et après thérapie comportent plusieurs limites.

D'une part, l'absence de groupe contrôle ne permet pas d'inférer réellement quant à l'impact de la thérapie sur l'évolution du profil temporel. Nous avions initialement l'objectif de constituer, pour chaque groupe thérapeutique, un groupe contrôle qui devait correspondre aux patients sur liste d'attente. Malheureusement, ces groupes contrôle n'ont pas pu être constitués car les patients débutaient souvent la thérapie peu de temps après leur première consultation dans le service, sans passer par une liste d'attente.

D'autre part, les effectifs sont relativement faibles, et plus particulièrement pour le groupe de patients qui ont suivi une thérapie MBCT, pour lequel le recrutement a débuté bien plus tardivement, et dont l'échantillon final est ainsi constitué de douze patients seulement.

Ces faibles effectifs s'expliquent principalement du fait que beaucoup de patients n'étaient pas présents lors de la dernière séance, qui était la séance durant laquelle un rendez-vous était pris pour la passation post-thérapie. De plus, certains patients n'ont pas accepté de participer au deuxième temps de mesure, le plus souvent pour des raisons d'organisation : la thérapie étant terminée, ils n'avaient plus de raison de se rendre dans le service, qui était parfois très éloigné de leur domicile. Cette taille limitée de l'échantillon du groupe MBCT encourage à rester prudents et mesurés quant aux résultats observés, et pourrait en partie expliquer l'absence de résultats significatifs pour la majorité des dimensions de la perspective temporelle à l'issue de la thérapie (à l'exception du *passé négatif*).

Compte tenu de ces éléments, il apparaît nécessaire, pour statuer réellement de l'évolution du profil temporel après une TCC ou une thérapie MBCT, de répliquer ces études avec des échantillons plus conséquents, et en y intégrant des groupes contrôle.

De plus, il n'a malheureusement pas été possible de relever des données relatives à l'adhérence et à la participation des patients à la thérapie, telles que les absences, ou la réalisation des tâches à faire à domicile. Pourtant, de telles données seraient nécessaires à prendre en considération pour véritablement déterminer l'impact de la thérapie sur le profil temporel : les patients dont le taux de présence et de réalisation des exercices est le plus élevé sont-ils ceux dont le profil temporel s'améliore le plus ?

Enfin, il est important de souligner que notre étude ne permet en aucun cas de comparer l'efficacité de la TCC à celle de la thérapie MBCT ; bien qu'il ne s'agisse pas là d'une limite en tant que telle, mais d'un choix conscient.

L'évolution du profil temporel a été investiguée indépendamment pour chaque thérapie, et les deux échantillons ne sont pas comparables en termes d'effectifs et de caractéristiques socio-démographiques. L'objectif thérapeutique principal de la thérapie MBCT étant la prévention de la rechute dépressive, elle est souvent prescrite en deuxième intention, après une prise en charge comportementale et cognitive, et lorsque le patient est stabilisé. Ainsi, plusieurs des patients ayant participé au groupe MBCT avaient déjà suivi une thérapie de type TCC. La comparaison des deux échantillons était ainsi difficile à réaliser et aurait comporté de nombreux biais méthodologiques.

### **2.3.2. Analyses complémentaires : quel effet prédicteur du profil temporel initial dans l'efficacité de la thérapie ?**

La perspective temporelle est une variable souvent considérée comme relativement stable et dispositionnelle (Stolarski & al., 2015 ; Zimbardo & Boyd, 1999), qui pourrait influencer notre façon de réagir aux situations (Fieulaine, Apostolidis & Olivetto, 2006 ; Epel et al., 1999 ; Lewin, 1951). Ainsi, il était intéressant d'investiguer son effet prédicteur dans l'efficacité des thérapies. En effet, nous pouvons envisager que le profil temporel initial pourrait impacter la façon dont les patients se saisissaient des outils thérapeutiques.

Pour répondre à cette question, lors d'analyses complémentaires à visée exploratoire, nous nous sommes interrogés sur la façon dont le profil temporel avant-thérapie prédisait la réduction des symptômes anxieux et dépressifs après thérapie ; ce qui aurait pu aboutir à des stratégies d'orientation thérapeutique basées sur le profil temporel des patients.

Cependant, nous avons observé qu'aucune des dimensions de la perspective temporelle avant thérapie ne prédisait la réduction des symptômes dépressifs ; qu'il s'agisse de la thérapie TCC ou de la thérapie MBCT.

Ainsi, dans l'ensemble, les résultats suggèrent que le profil temporel correspondrait davantage à une variable qui pourrait être travaillée en thérapie, plutôt qu'une variable permettant de prédire l'efficacité de la TCC ou de la MBCT sur la symptomatologie dépressive des patients déprimés. La prise en compte du profil temporel dans l'orientation thérapeutique serait donc surtout à prendre en compte selon les dimensions temporelles lacunaires chez le patient, qu'il faudrait améliorer, comme le suggèrent les résultats précédents.

Il est néanmoins nécessaire d'une part de rappeler que les analyses réalisées sur les groupes thérapeutiques ont été conduites auprès de faibles échantillons, et d'autre part de souligner que la mesure de la réduction des symptômes dépressifs ne permet de mesurer qu'une partie de ce qui peut être défini comme l'efficacité de la thérapie. Notamment, il n'a pas été possible d'investiguer l'effet prédicteur du profil temporel initial sur l'adhésion à la thérapie (présence, réalisation des exercices chez soi, etc.).

En revanche, nous avons observé que les scores avant thérapie à la dimension *passé positif* prédisaient positivement la réduction de l'anxiété-trait après thérapie MBCT. En d'autres termes, plus les patients ont au départ une vision positive du passé, plus la tendance à être anxieux sera réduite à l'issue de la thérapie MBCT.

Comme nous l'avons vu, les individus avec une vision positive du passé pourraient avoir la capacité de s'appuyer sur des expériences antérieures positives qui impacteraient positivement l'image de soi et le sentiment d'efficacité, et permettraient une réévaluation plus positive de la situation présente (Stolarski et al., 2015 ; Akirmak, 2014 ; Bolotova & Hachaturova, 2013 ; Luszczynska et al., 2004 ; Epel et al., 1999 ; Bandura, 1997). Cela pourrait ainsi constituer une ressource pour les individus, sur laquelle s'appuyer dans la régulation des affects anxieux. La pleine conscience, en encourageant à observer les processus de pensée sans chercher à en changer le contenu (Shapiro & al., 2006 ; Kabat-Zinn, 1990), pourrait ainsi favoriser l'accès à ces représentations positives de soi.

### **2.3.3. Quelle place de la perspective temporelle en thérapie, et quelle stabilité du profil temporel ?**

Nous avons vu que la perspective temporelle est parfois conceptualisée comme relativement stable, dispositionnelle. Cependant, les résultats mettent ici en évidence que le profil temporel peut évoluer dans le temps, et notamment à l'issue d'une thérapie.

Ainsi, les résultats des axes 1 et 2 nous permettent d'une part de proposer que les patients déprimés aient un rapport altéré au temps, ce qui jouerait un rôle dans la symptomatologie dépressive, et d'autre part de proposer que ce profil temporel dysfonctionnel puisse être amélioré en thérapie.

En ce sens, nos résultats permettent alors désormais d'encourager à s'intéresser davantage à l'intérêt de travailler les biais temporels en thérapie pour les patients déprimés. Dans cette perspective, il serait intéressant d'investiguer l'évolution du profil temporel et des symptômes dépressifs lors d'une thérapie davantage centrée sur les biais temporels négatifs.

Comme nous l'avons évoqué dans la revue de la littérature, il existe une thérapie (la *Time Perspective Therapy*, TPT) déjà conçue pour travailler sur les biais temporels, développée par Zimbardo, Sword et Sword (2012). Néanmoins, cette thérapie, encore peu documentée, est conçue initialement dans le cadre du stress post-traumatique et paraît peu adaptée à la prise en charge de la dépression, pour des raisons que nous avons mentionnées plus en amont<sup>23</sup>. Notamment, la TPT est focalisée sur le rapport au temps, et ne prend pas en considération des mécanismes centraux dans le fonctionnement dépressif (distorsions cognitives, apathie,

---

<sup>23</sup> Voir *chapitre 3* de la littérature

anhédonie). Son application auprès de patients déprimés laisse ainsi craindre une prise en charge trop restreinte de la symptomatologie dépressive, au détriment de processus plus centraux dans la dépression.

Pour ces raisons, il apparaît plus pertinent soit d'adapter considérablement la TPT à la population de patients déprimés, soit, ce qui semblerait être une solution plus optimale, d'intégrer des techniques centrées sur les biais temporels dans les thérapies déjà existantes et efficaces pour patients déprimés. Cette deuxième solution pourrait permettre une prise en charge plus holistique de la dépression.

Pour des raisons que nous avons explicitées dans la littérature, ce travail de thèse s'est focalisé sur la thérapie comportementale et cognitive et la pleine conscience. Toutefois, il existe d'autres thérapies qui pourraient travailler indirectement sur le rapport au temps, et dont il serait intéressant d'évaluer l'impact sur le profil temporel. C'est le cas, par exemple, de l'ICV : l'Intégration du Cycle de la Vie (*Lifespan Integration*) (Pace & Smith, 2011), initialement conçue pour les personnes ayant vécu des traumatismes, consiste à rappeler les souvenirs du passé afin de constituer une ligne de temps. L'objectif est d'une part de se désengager des émotions négatives liées à ces souvenirs en intégrant que ces expériences sont terminées, et d'autre part de comprendre comment ces souvenirs du passé impactent encore notre présent. L'ICV peut notamment être indiquée dans les troubles dépressifs. Il s'agit ainsi d'une autre thérapie qui pourrait être particulièrement intéressante pour améliorer le profil temporel altéré des patients déprimés, et dont l'impact sur la perspective temporelle reste à investiguer.

Comme nous l'avons évoqué, nos résultats mettent en évidence que le profil temporel peut évoluer dans le temps. Toutefois, il est important de souligner qu'à ce jour, très peu de données de la littérature permettent de statuer quant à la stabilité de la perspective temporelle, et sur sa nature *trait* ou *état*. Les éléments théoriques et empiriques de la littérature ainsi que les résultats de notre étude nous orientent vers l'hypothèse selon laquelle le profil temporel pourrait être une variable avec une valence *trait*, et une valence *état* ; c'est-à-dire une stabilité relative, mais avec des perspectives d'évolution possibles.

Afin de répondre à ce questionnement, il serait nécessaire d'investiguer davantage l'évolution du profil temporel par des designs longitudinaux. Notamment, qu'en est-il de l'évolution du profil temporel suite à des événements de vie majeurs (deuil, maladie grave...), ou suite à l'apparition de troubles psychopathologiques (dépression, anxiété, stress post-traumatique...)?

### Synthèse : discussion de l'axe 2

- En encourageant la planification d'activités, la réalisation d'objectifs, et la résolution de problème, **la thérapie comportementale et cognitive pourrait permettre aux patients déprimés d'être davantage orientés vers le futur, et notamment d'être davantage orientés vers la planification et la poursuite d'objectifs**. Toutefois, cela n'apparaît pas associé à une diminution du sentiment d'impuissance et de résignation face au futur.
- Par le biais de la restructuration cognitive, en travaillant sur les distorsions cognitives qui pourraient sous-tendre la vision absolue et négative du passé (surgénéralisation, abstraction sélective, raisonnement dichotomique...), **la thérapie comportementale et cognitive pourrait permettre de réduire les biais temporels négatifs vis-à-vis du passé**.
- Par le développement des capacités de régulation attentionnelle, la réduction des ruminations, et le développement d'une attitude d'ouverture et d'acceptation, **la pleine conscience pourrait permettre de réduire la vision négative du passé**.
- Afin de statuer sur l'évolution du profil temporel après thérapie, il apparaît nécessaire de répliquer ces études avec des échantillons plus conséquents, en y intégrant des groupes contrôle, et en prenant en considération des données quant à l'adhésion à la thérapie.
- Dans l'ensemble, les résultats suggèrent que la perspective temporelle est une variable qui peut évoluer, qui pourrait être améliorée en thérapie, et dont l'amélioration pourrait par ailleurs présenter un véritable intérêt compte tenu de son lien avec les symptômes dépressifs. En revanche, le profil temporel initial ne semble pas prédire l'efficacité des thérapies sur la réduction de la symptomatologie dépressive.
- Ces résultats nous amènent également à des questionnements concernant les perspectives thérapeutiques de la perspective temporelle. Il semble aujourd'hui plus pertinent d'investiguer l'intérêt **d'intégrer des outils centrés sur les biais temporels aux thérapies existantes**, plutôt que de développer une thérapie uniquement centrée sur le profil temporel.
- Enfin, les résultats encouragent à **investiguer davantage la stabilité ou non de la perspective temporelle**, par des designs longitudinaux.

## CINQUIEME PARTIE

---

### **Résultats et discussion de l'axe 3**

---



# 1. Résultats de l'axe 3

## Etude des liens entre perspective temporelle, coping et schémas précoces inadaptés

### 1.1. Analyses descriptives

Les caractéristiques de l'échantillon sur les différentes variables dépendantes mesurées, ainsi que la consistance interne de chaque variable (alphas de Cronbach,  $\alpha$ ), et les indices d'asymétrie (*skewness*) et d'aplatissement (*kurtosis*) sont présentées dans le **tableau 23**.

Les analyses inférentielles réalisées pour l'axe 3 sont effectuées sur l'échantillon clinique des 80 patients déprimés. Cet échantillon a déjà été présenté sur les variables dépression (BDI-13), anxiété (STAI Y) et perspective temporelle (ZTPI) dans les analyses descriptives des résultats de l'axe 1. Ainsi, seules les analyses descriptives concernant le coping (CISS) et les schémas précoces inadaptés (YSQ) sont présentées ci-après.

**Tableau 23.** Analyses descriptives, consistance interne et indices de dispersion et de distribution (résultats axe 3)

	$\alpha$	Moyenne ( $\sigma$ )	Médiane	Etendue	K (p)	S	K
<b>CISS</b>							
<i>Coping tâche</i>	.91	45.91 (11.80)	46.00	20-73	.934	-0.28	0.16
<i>Coping émotion</i>	.85	57.47 (12.09)	60.00	26-80	.821	-0.20	-0.71
<i>Coping évitement</i>	.81	38.96 (11.52)	38.00	18-62	.956	0.03	-0.42
<i>Évitement : distraction</i>	.78	20.13 (7.47)	21.00	8-36	.629	0.34	-0.50
<i>Évitement : diversion sociale</i>	.85	12.91 (5.27)	13.00	5-24	.134	-0.25	-0.70
<b>YSQ</b>							
<i>Dépendance</i>	.82	2.96 (1.20)	3.00	1.00-5.67	.050	1.48	3.51
<i>Manque d'individuation</i>	.86	3.74 (0.99)	4.00	1.93-5.50	.332	0.81	1.50
<i>Vulnérabilité à l'inconnu</i>	.78	3.21 (0.97)	3.28	1.00-5.45	.207	0.52	-0.69
<i>Peur de perdre le contrôle de soi</i>	.67	3.01 (1.09)	3.00	1.25-6.00	.122	1.02	0.76
<i>Déprivation affective</i>	.89	2.78 (1.37)	2.67	1.00-6.00	.000	1.91	3.73
<i>Abandon</i>	.75	3.53 (1.35)	3.50	1.17-5.83	.092	0.98	0.53
<i>Méfiance</i>	.75	3.18 (1.18)	3.20	1.00-6.00	.009	1.41	1.65
<i>Isolement social</i>	.75	3.44 (1.60)	3.20	1.00-6.00	.001	1.40	1.05
<i>Impossibilité d'être aimé</i>	.81	3.00 (1.60)	2.80	1.00-6.00	.000	2.16	4.71
<i>Indésirabilité sociale</i>	.93	2.69 (1.28)	2.43	1.00-6.00	.002	1.78	3.42
<i>Echec</i>	.85	2.68 (1.47)	2.22	1.00-6.00	.000	3.24	12.12
<i>Culpabilité/punition</i>	.89	2.78 (1.32)	2.50	1.00-6.00	.000	2.42	6.44
<i>Honte/embaras</i>	.85	3.34 (1.49)	3.40	1.00-6.00	.000	2.91	10.9
<i>Standards intransigeants</i>	.85	3.82 (1.03)	3.82	1.55-6.00	.341	0.51	-0.34
<i>Droits/limites insuffisantes</i>	.78	3.44 (1.14)	3.38	1.25-6.00	.378	0.82	1.19

CISS : *Coping Inventory for Stressful Situations* ; YSQ : *Young Schema Questionnaire*

S = skewness (indice d'asymétrie) ; K = kurtosis (indice d'aplatissement) ; KS = test de Kolomogorov-Smirnov

### 1.1.1. Dimensions de coping

Les dimensions de coping ont été mesurées par l'intermédiaire du CISS (*Coping Inventory for Stressful Situations*), composé de trois dimensions : le coping orienté vers la tâche, le coping orienté vers l'émotion, et le coping orienté vers l'évitement (composé lui-même des sous-dimensions *distraction* et *diversion sociale*).

#### 1.1.1.1. Dispersion et distribution des scores de coping

La médiane et la moyenne sont proches l'une de l'autre pour les dimensions *coping centré sur la tâche*, *coping centré sur l'évitement*, et la sous-dimension *diversion sociale* du coping centré sur l'évitement. Cela suggère une répartition relativement symétrique des données. En revanche, pour la dimension *coping centré sur l'émotion* et pour la sous-dimension *distraction*, l'écart entre la médiane et la moyenne est plus important. Pour chacune des dimensions du coping, l'écart-type représente moins de 50% de la moyenne, ce qui suggère qu'il n'y a pas de données atypiques.

L'indice de symétrie du coping centré sur la tâche est proche de 0, indiquant une répartition symétrique des scores autour de la moyenne. En revanche, pour les dimensions *évitement*, *distraction*, et *diversion sociale*, nous observons une asymétrie négative : les valeurs inférieures à la moyenne sont moins fréquentes. Pour la dimension *émotion*, nous observons une asymétrie positive. Le coefficient d'aplatissement est compris entre -2 et +2 pour chacune des dimensions, la distribution est ainsi qualifiée de mésokurtique (ni écrasée, ni en pointe).

De plus, la valeur du p du test de Kolmogorov-Smirnov est supérieure à .05 pour toutes les dimensions du coping : l'hypothèse d'une distribution normale des données n'est donc pas rejetée.

#### 1.1.1.2. Fiabilité et description des scores de coping

Les résultats indiquent les valeurs suivantes pour les alphas de Cronbach calculés :  $\alpha=.91$  pour le coping orienté vers la tâche,  $\alpha=.85$  pour le coping orienté vers l'émotion, et  $\alpha=.81$  pour le coping orienté vers l'évitement. Plus spécifiquement, concernant les sous-dimensions du coping orienté vers l'évitement, les alphas de Cronbach sont les suivants :  $\alpha=.78$  pour la distraction et  $\alpha=.85$  pour la diversion sociale. Ainsi, la consistance interne est satisfaisante pour l'ensemble des dimensions.

En moyenne, les stratégies orientées vers l'émotion sont les plus utilisées ( $m=57.47$ ,  $\sigma=12.09$ ), suivi des stratégies orientées vers l'évitement ( $m=38.96$ ,  $\sigma=11.52$ ) puis des stratégies orientées vers la tâche ( $m=45.91$ ,  $\sigma=11.80$ ).

### 1.1.2. Schémas précoces inadaptés

Les schémas précoces inadaptés ont été mesurés par l'intermédiaire de l'YSQ (*Young Schemas Questionnaire*), qui comporte 15 sous-dimensions correspondant à 15 schémas.

#### 1.1.2.1. Dispersion et distribution des scores de schémas précoces inadaptés

La médiane et la moyenne sont relativement proches l'une de l'autre pour chacune des dimensions de l'YSQ, ce qui indique une relative symétrie de la distribution des données. Pour les dimensions *impossibilité d'être aimé* et *échec*, l'écart-type représente plus de 50% de la moyenne, ce qui suggère la présence potentielle de données atypiques qui devront être prises en compte dans les analyses.

L'indice de symétrie est proche de 0 pour les dimensions *manque d'individuation* et *honte/embarras*. Nous observons une asymétrie positive pour la dimension *standards intransigeants*, et une asymétrie négative pour l'ensemble des autres dimensions de l'YSQ. Le coefficient d'aplatissement est compris entre -2 et +2 pour chaque dimension de l'YSQ, indiquant une distribution mésokurtique des données.

La valeur du p au test de Kolomogorov-Smirnov est supérieure à .05 pour chaque dimension : la distribution ne s'éloigne donc pas significativement d'une distribution normale.

#### 1.1.2.2. Fiabilité et description des scores de schémas précoces inadaptés

Les résultats indiquent des alphas de Cronbach allant de  $\alpha=.75$  à  $\alpha=.93$  pour les sous-dimensions de l'YSQ, à l'exception de la dimension *peur de perdre le contrôle*, pour laquelle les résultats indiquent la valeur de  $\alpha=.67$ . Le détail des alphas de Cronbach est présenté dans le **tableau 23**.

### 1.1.3. Variables socio-démographiques et médico-psychologiques

Les participantes de sexe féminin (n=62) ont des scores plus élevés au schéma *abandon* (YSQ) ( $Z=-2.34$ ,  $p=.019$ ) que les participants masculins (n=18). De plus, les analyses corrélationnelles indiquent que l'âge est corrélé significativement et négativement avec la dimension de coping *distraction* ( $-.38$ ,  $p=.008$ ), ainsi qu'avec les schémas suivants : *peur de perdre le contrôle* ( $-.34$ ,  $p=.019$ ), *abandon* ( $-.43$ ,  $p=.003$ ), *méfiance* ( $-.36$ ,  $p=.014$ ), *isolement social* ( $-.38$ ,  $p=.008$ ), *impossibilité d'être aimé* ( $-.32$ ,  $p=.029$ ), *échec* ( $-.32$ ,  $p=.028$ ), *culpabilité* ( $-.38$ ,  $p=.008$ ), et *honte* ( $-.44$ ,  $p=.002$ ).

Les patients actuellement en relation conjugale (en couple, en concubinage, pacsés ou mariés) (n=31) ont des scores significativement supérieurs à ceux des participants célibataires (n=49) sur le coping orienté vers la tâche ( $t=2.95$ ,  $p=.000$ ), et significativement inférieurs au schéma *culpabilité* ( $t=-2.24$ ,  $p=.030$ ) de l'YSQ. Aucune différence significative n'est observable entre les patients actuellement en activité professionnelle (ou étudiants) et les participants sans activité professionnelle. Enfin, aucune différence significative n'est observable entre les patients actuellement hospitalisés, et les patients non hospitalisés.

## 1.2. Liens entre perspective temporelle, DBTP et stratégies de coping

### 1.2.1. Rappel des hypothèses

**Hypothèse générale 5 :** les dimensions de la perspective temporelle ainsi que les scores de DBTP seraient associées aux stratégies de coping

- *H5a.* Les scores aux dimensions *passé négatif* et *présent fataliste* prédiraient positivement l'utilisation de stratégies de coping émotionnelles et évitantes ; ils prédiraient négativement l'utilisation de stratégies de coping orientées vers la tâche.
- *H5b.* Les scores aux dimensions *passé positif* et *futur* prédiraient positivement l'utilisation de stratégies de coping orientées vers la tâche ; ils prédiraient négativement l'utilisation de stratégies émotionnelles et évitantes.
- *H5c.* Les scores à la dimension *présent hédoniste* prédiraient positivement l'utilisation de stratégies évitantes.

- *H5d*. Une perspective temporelle plus équilibrée (plus proche de la DBTP) prédirait positivement l'utilisation de stratégies orientées vers la tâche, et négativement l'utilisation de stratégies émotionnelles et évitantes.

### 1.2.2. Analyses de corrélation

Le **tableau 24** présente les corrélations entre les scores aux différentes dimensions de la perspective temporelle et de la DBTP avec les scores aux différentes dimensions du coping : coping orienté vers la tâche, coping orienté vers l'émotion, coping orienté vers l'évitement, la distraction et la diversion sociale.

Le coping orienté vers la tâche est significativement, négativement et moyennement corrélé avec les dimensions *passé négatif* (-.39,  $p < .001$ ) et *présent fataliste* (-.41,  $p < .05$ ), ainsi qu'avec les scores de DBTP (-.51,  $p < .001$ ). Le coping orienté vers la tâche est positivement associé au *passé positif* (.31,  $p < .05$ ) et à l'orientation vers le *futur* (.49,  $p < .05$ ).

A l'inverse, le coping orienté vers l'émotion est significativement, positivement et moyennement corrélé avec les dimensions *passé négatif* (.39,  $p < .001$ ) et *présent fataliste* (.49,  $p < .001$ ), ainsi qu'avec les scores de DBTP (.46,  $p < .001$ ). Le coping orienté vers l'émotion est négativement associé à l'orientation vers le *futur* (-.34,  $p < .05$ ).

Le coping orienté vers l'évitement est significativement, positivement et moyennement corrélé aux dimensions *passé positif* (.31,  $p < .05$ ) et *présent fataliste* (.34,  $p < .05$ ), et négativement associé à l'orientation vers le *futur* (-.34,  $p < .05$ ).

Cependant, en s'intéressant plus spécifiquement aux deux sous-dimensions du coping orienté vers l'évitement, nous observons que le *présent fataliste* est associé positivement à la distraction (.43,  $p < .001$ ), mais pas à la diversion sociale. De même, l'orientation vers le *futur* n'est associée négativement qu'avec la distraction (-.41,  $p < .001$ ), mais pas avec la diversion sociale. Enfin, nous observons que le *présent hédoniste* est associé positivement avec la sous-dimension *diversion sociale* (.30,  $p < .05$ ).

En d'autres termes, plus les patients sont orientés négativement vers le passé et ont une attitude fataliste vis-à-vis du présent, plus ils ont tendance à adopter des stratégies centrées sur l'émotion, et moins ils ont tendance à adopter des stratégies centrées sur la tâche. A l'inverse, plus les patients sont orientés positivement vers le passé et vers le futur, plus ils ont tendance à

adopter des stratégies centrées sur la tâche, et moins ils ont tendance à adopter des stratégies centrées sur l'émotion.

De plus les patients avec une attitude fataliste ont davantage tendance à utiliser des stratégies d'évitement de type *distraction*, alors que les patients orientés vers le futur ont moins tendance à utiliser ce type de stratégies.

Concernant les scores de DBTP, nous observons ainsi que plus les patients ont un profil temporel éloigné du profil temporel optimal, plus ils ont tendance à adopter des stratégies centrées sur l'émotion, et moins ils ont tendance à adopter des stratégies centrées sur la tâche.

**Tableau 24.** Corrélations entre la perspective temporelle, la DBTP et les stratégies de coping au sein des patients déprimés (n=80)

Perspective temporelle	PN	PP	PF	PH	FUT	DBTP
<b>Dimensions de coping</b>						
TACHE	<b>-.39**</b>	<b>.31*</b>	<b>-.41*</b>	-.13	<b>.49*</b>	<b>-.51**</b>
EMOTION	<b>.39**</b>	-.06	<b>.49**</b>	.11	<b>-.34*</b>	<b>.46**</b>
EVITEMENT	.07	<b>.31*</b>	<b>.34*</b>	.28	<b>-.34*</b>	.08
DISTRACTION	.22	.21	<b>.43**</b>	.22	<b>-.41**</b>	.24
DIVERSION SOCIALE	-.06	.26	.07	<b>.30*</b>	-.16	-.09

\*p < .05 ; \*\* p < .01 ; \*\*\* p < .001

PN : *Passé Négatif* ; PP : *Passé Positif* ; PF : *Présent Fataliste* ; PH : *Présent Hédoniste* ; FUT : *Orientation vers le futur* ; DBTP : *Deviation from Balanced Time Perspective* ; TACHE : *coping orienté vers la tâche* ; EMOTION : *coping orienté vers l'émotion* ; EVITEMENT : *coping orienté vers l'évitement* ; DISTRACTION : *coping orienté vers la distraction (évitement)* ; DIVERSION SOCIALE : *coping orienté vers la distraction sociale (évitement)*

### 1.2.3. Analyses de régression

Pour les analyses de régression, la sélection des variables indépendantes (VI) a été basée sur les analyses de corrélation de chaque VI avec les différentes variables dépendantes (VD) : le coping centré sur la tâche, le coping centré sur l'émotion, et le coping centré sur l'évitement ainsi que les sous-dimensions *distraction* et *diversion sociale*. Toutes les variables d'influence ont été incluses dans les modèles. Ainsi, seules les dimensions de la perspective temporelle corrélant de manière significative à l'une (ou plusieurs) des dimensions de coping ont été conservées dans les régressions.

Toutes les analyses de régression ont été réalisées en mettant dans les modèles les variables relatives à l'âge et au sexe, afin de contrôler leurs effets sur les VD.

Préalablement à chaque analyse de régression, une analyse de variance (ANOVA) a été réalisée afin de déterminer si, pour chaque modèle testée, l'hypothèse nulle d'absence de relation linéaire entre la variable dépendante et les variables indépendantes pouvait être rejetée. Lorsque le modèle était significatif ( $p < .05$ ), le prédicteur contribuait donc à mieux prédire la variable dépendante (que le modèle sans prédicteur).

Etant donné que les scores de DBTP sont calculés à partir des scores aux dimensions de la perspective temporelle, il apparaissait plus cohérent de ne pas regrouper la DBTP et les autres dimensions de la perspective temporelle au sein du même modèle de régression.

### 1.2.3.1. Effet prédicteur de la perspective temporelle sur les stratégies de coping

Les résultats de la régression sont présentés dans le **tableau 25**.

#### COPING ORIENTE VERS LA TACHE

Les analyses corrélationnelles mettaient en évidence une relation significative du coping orienté vers la tâche avec les dimensions *passé négatif*, *présent fataliste*, *passé positif* et *futur* de la perspective temporelle. Ces variables ont ainsi été conservées dans le modèle de régression. L'ANOVA fait apparaître une différence significative ( $F=4.31$ ,  $p=.002$ ), indiquant que les prédicteurs permettent d'obtenir une estimation plus fiable et précise des scores de coping orienté vers la tâche. Aucune colinéarité n'a été mise en évidence ( $VIF < 2$ ).

Les résultats de la régression indiquent que le coping orienté vers la tâche est associé significativement et positivement à la dimension *futur* ( $\beta=.37$ ,  $p=.042$ ), et négativement associé à la dimension *passé négatif* ( $\beta=-.30$ ,  $p=.047$ ). Ainsi, plus les patients sont orientés vers le futur, plus ils utilisent de stratégies de coping centrées sur la tâche. A l'inverse, plus ils sont orientés négativement vers le passé, moins ils utilisent ce type de stratégies. Le coping orienté vers la tâche n'est pas prédit significativement par le *passé positif* et le *présent fataliste*. La variabilité des scores du coping orienté vers la tâche est expliquée à 39% par le modèle de régression.

#### COPING ORIENTE VERS L'EMOTION

Les analyses corrélationnelles mettaient en évidence une relation significative du coping orienté vers l'émotion avec les dimensions *passé négatif*, *présent fataliste*, et *futur*. Ces dimensions ont ainsi été incluses dans le modèle. L'ANOVA fait apparaître une différence significative ( $F=3.84$ ,  $p=.006$ ), indiquant que les prédicteurs permettent une estimation plus fiable et précise des scores de coping orienté vers l'émotion. Aucune colinéarité n'a été mise

en évidence (VIF<2).

Les résultats de la régression indiquent que le coping orienté vers l'émotion est significativement et positivement associé avec les dimensions *passé négatif* ( $\beta=.35$ ,  $p=.045$ ) et *présent fataliste* ( $\beta=.40$ ,  $p=.023$ ). En revanche, le coping orienté vers l'émotion n'est pas prédit par l'orientation vers le *futur*. Ainsi, plus les patients sont orientés négativement vers le passé et ont une attitude fataliste, plus ils ont tendance à utiliser des stratégies de coping centrées sur l'émotion. La variabilité des scores du coping orienté vers l'émotion est expliquée à 24% par le modèle de régression.

### COPING ORIENTE VERS L'EVITEMENT

Les analyses corrélationnelles mettaient en évidence une relation significative du coping orienté vers l'évitement avec les dimensions *passé positif* et *futur*, qui ont ainsi été conservées dans le modèle. Par ailleurs, la sous-dimension *distraction* était corrélée avec le *présent fataliste* et le *futur*, et la sous-dimension *distraction sociale* était corrélée avec le *présent hédoniste*.

L'ANOVA fait apparaître une différence significative pour deux des trois modèles testés : le modèle avec le coping orienté vers l'évitement comme VD ( $F=3.57$ ,  $p=.009$ ), pour la sous-dimension *diversion sociale* comme VD ( $F=3.93$ ,  $p=.009$ ), mais pas pour la sous-dimension *distraction* comme VD ( $F=1.61$ ,  $p=.201$ ). Ainsi, pour ce dernier modèle, l'ajout du prédicteur ne permet pas une estimation plus fiable des scores de coping centré sur la distraction. Aucune colinéarité n'a été mise en évidence (VIF<2).

Les résultats de la régression indiquent que le coping orienté vers l'évitement est positivement associé au *passé positif* ( $\beta=.39$ ,  $p=.007$ ), et négativement associé à l'orientation vers le *futur* ( $\beta=-.43$ ,  $p=.027$ ). La variabilité des scores du coping orienté vers l'évitement est expliquée à 30% par ce modèle de régression. Le coping *diversion sociale* est associé positivement au *présent hédoniste* ( $\beta=.32$ ,  $p=.041$ ), mais la variabilité des scores de *diversion sociale* est expliquée seulement à 10% par ce modèle. Enfin, le coping *distraction* n'est associé ni au *présent fataliste*, ni au *futur*.

**Tableau 25.** Effet prédicteur des dimensions de la perspective temporelle sur les stratégies de coping au sein des patients déprimés (n=80)

Modèles VD	VI (ZTPI)	R <sup>2</sup>	β	B	t	p	IC 95% pour B	
							Min	Max
<b>Tâche</b>	Passé négatif		-.30	-3.92	<b>-2.05</b>	<b>.047</b>	-8.44	0.60
	Passé positif		.18	2.91	1.23	.225	-1.86	7.68
	Présent fataliste	.39	-.18	-3.15	-1.04	.303	-9.24	2.95
	Futur		.37	7.17	<b>2.10</b>	<b>.042</b>	0.28	14.07
	Age		-.21	0.18	-1.27	.212	-0.46	0.10
	Sexe		-.02	-0.67	-0.16	.875	-9.16	7.83
<b>Emotion</b>	Passé négatif		.35	4.63	<b>2.07</b>	<b>.045</b>	0.11	9.14
	Présent fataliste		.40	7.20	<b>2.36</b>	<b>.023</b>	1.05	13.34
	Futur	.24	-.06	-0.10	-0.32	.748	-7.98	5.77
	Age		.12	0.11	0.73	.470	-0.19	0.40
	Sexe		-.13	-3.88	-0.86	.394	-12.97	5.22
<b>Evitement</b>	Passé positif		.39	6.39	<b>2.81</b>	<b>.007</b>	1.80	10.98
	Présent fataliste		.01	0.19	0.06	.950	-5.92	6.31
	Futur	.30	-.43	-8.01	<b>-2.29</b>	<b>.027</b>	-15.08	-0.95
	Age		-.03	-0.03	-0.22	.829	-0.28	0.23
	Sexe		.19	5.46	1.35	.184	-2.71	13.64
<b>Distraction</b>	Présent fataliste		.19	2.13	1.12	.270	-1.72	5.98
	Futur		-.24	-2.89	-1.34	.186	-7.23	1.45
	Age	.27	-.18	-0.10	-1.18	.245	-0.26	0.07
	Sexe		.15	2.74	1.04	.304	-2.58	8.05
<b>Diversión sociale</b>	Présent hédoniste		.32	2.70	<b>2.11</b>	<b>.041</b>	0.11	5.29
	Age	.10	.07	0.03	0.47	.644	-0.09	0.15
	Sexe		.08	1.09	0.56	.576	-2.82	5.01

VD = Variable Dépendante ; VI = Variable Indépendante ; IC = Intervalle de Confiance

Tâche : *coping orienté vers la tâche* ; Emotion : *coping orienté vers l'émotion* ; Evitement : *coping orienté vers l'évitement* ; Distraction : *coping orienté vers la distraction (évitement)* ; Diversión sociale : *coping orienté vers la diversion sociale (évitement)*

### 1.2.3.2. Effet prédicteur de la DBTP sur les stratégies de coping

Les résultats de la régression sont présentés dans le **tableau 26**.

Les analyses corrélationnelles mettaient en évidence une relation significative des scores de la DBTP avec le coping orienté vers la tâche et le coping orienté vers l'émotion. Ainsi, seuls les modèles de régression avec ces dimensions du coping comme VD ont été testés.

L'ANOVA fait apparaître une différence significative pour les deux modèles de régression : le modèle avec le coping orienté vers la tâche comme VD ( $F=5.14$ ,  $p=.004$ ), et le modèle avec le coping orienté vers l'émotion comme VD ( $F=3.90$ ,  $p=.015$ ). Ainsi, pour chaque modèle, l'ajout du prédicteur (les scores de DBTP) permet une estimation plus fiable et précise des scores de coping orienté vers la tâche et des scores de coping orienté vers l'émotion. Pour les deux modèles, aucune colinéarité n'a été mise en évidence ( $VIF < 2$ ).

Les résultats de la régression mettent en évidence que les scores de DBTP prédisent significativement et négativement le coping orienté vers la tâche ( $\beta = -.55$ ,  $p = .001$ ), et positivement le coping orienté vers l'émotion ( $\beta = .46$ ,  $p = .006$ ). La variabilité des scores de coping orienté vers la tâche est expliquée à 26% par le modèle de régression, et la variabilité des scores de coping orienté vers l'émotion est expliquée à 21%.

Ainsi, plus le profil temporel des patients s'éloigne du profil temporel optimal, moins ils ont tendance à utiliser des stratégies orientées vers la tâche, et plus ils ont tendance à utiliser des stratégies orientées vers l'émotion.

**Tableau 26.** Effet prédicteur des scores de DBTP sur les stratégies de coping au sein des patients déprimés ( $n=80$ )

Modèles VD	VI (ZTPI)	R <sup>2</sup>	$\beta$	B	T	P	IC 95% pour B	
							Min	Max
Tâche	DBTP		-.55	-7.34	<b>-3.62</b>	<b>.001</b>	-11.43	-3.25
	Age	.26	-.08	-0.07	-0.539	.593	-0.33	0.191
	Sexe		-.01	-0.40	-0.10	.922	-8.36	7.58
Emotion	DBTP		.46	6.27	<b>2.92</b>	<b>.006</b>	1.94	10.60
	Age	.21	-.02	-0.02	-0.14	.889	-0.30	0.26
	Sexe		-.03	-1.00	-0.24	.811	-9.44	7.43

VD = Variable Dépendante ; VI = Variable Indépendante ; IC = Intervalle de Confiance

Tâche : *coping orienté vers la tâche* ; Emotion : *coping orienté vers l'émotion* ; DBTP : *Deviation from Balanced Time Perspective*

### 1.2.4. Retour aux hypothèses

En conclusion de ces analyses, l'hypothèse générale 5 est partiellement validée :

- **L'hypothèse H5a est partiellement validée** (H5a. les scores aux dimensions passé négatif et présent fataliste prédiraient positivement l'utilisation de stratégies de coping émotionnelles et évitantes, et négativement l'utilisation de stratégies de coping orientées vers la tâche) :

  - Le *passé négatif* et le *présent fataliste* prédisent positivement les stratégies de coping émotionnelles, mais ne sont pas associées aux stratégies évitantes.
  - Le *passé négatif* prédit négativement l'utilisation de stratégies de coping orientées vers la tâche.
  - Le *présent fataliste* est corrélé négativement au coping orienté vers la tâche dans les analyses de corrélation, mais ne prédit pas significativement ce type de coping dans les analyses de régression.
  
- **L'hypothèse H5b est partiellement validée** (H5b. les scores aux dimensions passé positif et futur prédiraient positivement l'utilisation de stratégies de coping orientées vers la tâche, et négativement l'utilisation de stratégies émotionnelles et évitantes) :

  - L'orientation vers le *futur* prédit positivement l'utilisation de stratégies de coping centrées sur la tâche. Elle est négativement corrélée au coping centré sur l'émotion, mais ne prédit pas significativement ce type de coping dans les analyses de régression. De plus, l'orientation vers le *futur* n'est associée ni au coping orienté vers l'évitement, ni aux sous-dimensions qui le composent.
  - Le *passé positif* est corrélé positivement au coping orienté vers la tâche, mais ne prédit pas ce type de coping dans les analyses de régression, et n'est pas associé avec le coping orienté vers l'émotion. De plus, contrairement à nos hypothèses, le *passé positif* est associé positivement au coping orienté vers l'évitement (mais n'est pas associée aux sous-dimensions qui le composent).
  
- **L'hypothèse H5c est partiellement validée** (H5c. les scores à la dimension présent hédoniste prédiraient positivement à l'utilisation de stratégies évitantes) :

  - Le *présent hédoniste* prédit positivement la sous-dimension *diversion sociale* du coping orienté vers l'évitement, mais elle n'est associée ni au score global d'évitement, ni à la sous-dimension *distraktion*.

- **L'hypothèse H5d est partiellement validée** (*H5d. les scores de DBTP prédiraient négativement à l'utilisation de stratégies de coping orientées vers la tâche, et positivement l'utilisation de stratégies émotionnelle et évitantes*) :
  - Les scores de DBTP prédisent négativement l'utilisation de stratégies de coping orientées vers la tâche et positivement l'utilisation de stratégies émotionnelles, mais ne sont pas associés au coping orienté vers l'évitement (ni aux sous-dimensions qui le composent).

### 1.2.5. Analyses complémentaires exploratoires : analyses de médiation

Afin de tester le rôle médiateur joué par le coping dans la relation entre les dimensions de la perspective temporelle et les symptômes anxieux et dépressifs, des analyses de médiation ont été réalisées lorsque les étapes suivantes étaient vérifiées (Baron et Kenny, 1986) :

1. Effet significatif du prédicteur sur le critère (variable dépendante)
2. Effet significatif du prédicteur sur la variable médiatrice
3. Effet du prédicteur sur la variable dépendance n'est plus significatif après l'ajout de la variable médiatrice, alors que l'effet du médiateur persiste.

Ainsi, la relation de médiation est vérifiée lorsque nous observons une diminution significative du lien entre le prédicteur et la variable dépendance après l'ajout de la variable médiatrice, et lorsque l'effet indirect est significatif.

Les résultats des analyses de médiation sont illustrés par la **figure 12** et la **figure 13**. Seuls les modèles pour lesquels les trois critères de Baron et Kenny (1986) étaient validés ont été testés, c'est à dire :

(1) L'effet médiateur du coping centré sur l'émotion dans la relation entre la DBTP et l'anxiété-trait (**figure 12**)

(2) L'effet médiateur du coping centré sur l'émotion dans la relation entre le *passé négatif* et l'anxiété-trait (**figure 13**).

Figure 12. Effet médiateur du coping centré sur l'émotion dans la relation entre la DBTP et l'anxiété trait

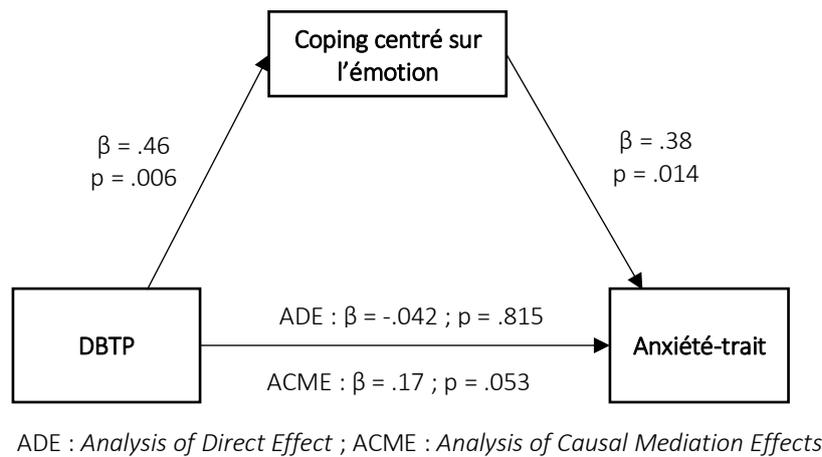
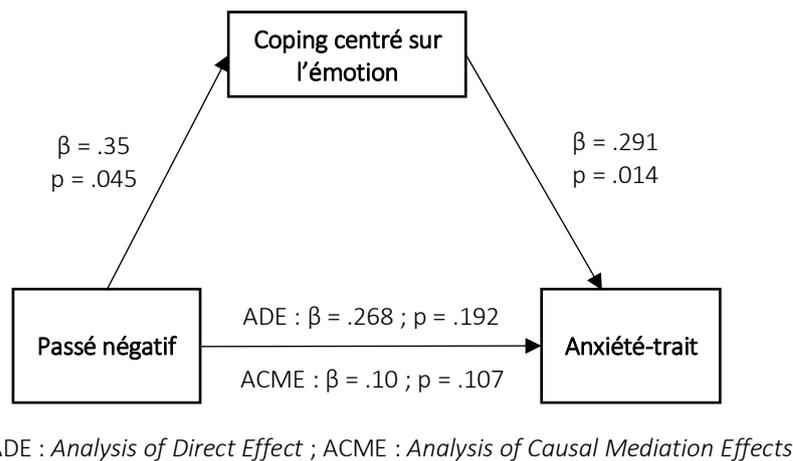


Figure 13. Effet médiateur du coping centré sur l'émotion dans la relation entre le *passé négatif* et l'anxiété trait



Pour chaque figure, la ligne ADE (*Analysis of Direct Effect*) quantifie l'effet direct entre le prédicteur et le critère, c'est-à-dire l'effet qui ne transite par le médiateur. La ligne ACME (*Analysis of Causal Mediation Effects*) quantifie l'effet indirect, c'est-à-dire l'effet de médiation : la part d'effet de la VI sur la VD qui transite par le médiateur. Afin de tester l'effet indirect, le test de Sobel (1982) a été utilisé.

Lorsque l'effet direct n'est pas significatif et que l'effet indirect est significatif, on parle de médiation totale, c'est-à-dire que la relation entre le prédicteur et le critère n'est plus significative après l'ajout du médiateur, et qu'une part significative de l'effet du prédicteur sur le critère transite par le médiateur. Lorsque l'effet indirect est significatif mais que l'effet direct est également significatif, on parle de médiation partielle, c'est-à-dire que la relation directe

entre le prédicteur et le critère est atténuée par l'ajout du médiateur, mais demeure significative.

Les résultats des analyses de médiation mettent en évidence une tendance à la significativité concernant l'effet médiateur du coping centré sur l'émotion dans la relation entre la DBTP et l'anxiété-trait ( $\beta = .17$  ;  $p=.053$ ). De plus, lorsque le coping centré sur l'émotion est introduit dans la relation entre la DBTP et l'anxiété-trait, l'effet direct de la DBTP n'est plus significatif ( $p=.815$ ) ; la médiation serait donc totale (voir **figure 12**).

En revanche, aucun effet médiateur du coping centré sur l'émotion n'est observé dans la relation entre le *passé négatif* et l'anxiété-trait, c'est-à-dire que l'effet indirect (qui passe par le médiateur), n'est pas significatif ( $p=.107$ ) (voir **figure 13**).

En conclusion, la relation entre les dimensions de la perspective temporelle et les symptômes anxieux et dépressifs n'est pas imputable au rôle médiateur des stratégies de coping. De même, la relation entre la DBTP et la dépression n'est pas imputable au rôle médiateur des stratégies de coping. Cependant, nous observons une tendance à la significativité concernant l'effet médiateur du coping centré sur l'émotion dans la relation entre la DBTP et l'anxiété-trait : en d'autres termes, plus le profil temporel s'éloigne du profil optimal, plus les individus ont tendance à adopter des stratégies centrées sur l'émotion, ce qui augmente leur tendance à expérimenter des symptômes anxieux.

### Synthèse : résultats de l'axe 3 – coping et perspective temporelle

- Le *passé négatif* et le *présent fataliste* sont associés au fait d'utiliser davantage de stratégies de coping orientés vers l'émotion, et moins de stratégies orientées vers la tâche, et l'orientation négative vers le passé prédit négativement l'utilisation de stratégies centrées sur la tâche.
- Le *présent fataliste* est également associé au fait d'utiliser davantage de stratégies de coping orientées vers l'évitement, et plus spécifiquement la *distraction* (mais pas *diversion sociale*).
- A l'inverse, le *passé positif* et le *futur* sont associés au fait d'utiliser davantage de stratégies de coping orientées vers la tâche, et l'orientation vers le *futur* prédit positivement ce type de stratégies.
- L'orientation vers le *futur* est également associée au fait d'utiliser moins de stratégies centrées sur les émotions et sur l'évitement (plus spécifiquement de type *distraction*), et prédit négativement l'utilisation de stratégies centrées sur l'évitement.
- Le *présent hédoniste* n'est associé ni à l'utilisation de stratégies orientées vers la tâche, ni à l'utilisation de stratégies orientées vers l'émotion. Cependant, il est associé au fait d'adopter davantage des stratégies centrées sur la *diversion sociale*, et prédit positivement ce type de stratégies.
- Plus le profil temporel s'éloigne du profil optimal, plus la tendance à utiliser des stratégies émotionnelle augmente, et plus la tendance à utiliser des stratégies centrées sur la tâche diminue. L'éloignement du profil optimal (DBTP) prédit positivement l'utilisation de stratégies émotionnelles, et négativement l'utilisation de stratégies centrées sur la tâche.
- Le coping centré sur l'émotion médiatise la relation entre les scores de DBTP et l'anxiété-trait : plus le profil temporel s'éloigne du profil optimal, plus les individus ont tendance à adopter des stratégies centrées sur l'émotion, ce qui s'associe au fait d'expérimenter davantage de symptômes anxieux.
- Autrement, la relation entre la perspective temporelle et les symptômes anxieux et dépressifs n'est pas imputable au rôle médiateur des stratégies de coping.



### 1.3. Liens entre perspective temporelle, DBTP et schémas précoces inadaptés

#### 1.3.1. Rappel des hypothèses

**Hypothèse générale 6 :** les dimensions de la perspective temporelle et l'équilibre du profil temporel seraient associées aux schémas précoces inadaptés.

- *H6a.* Les scores aux dimensions *passé négatif* et *présent fataliste* seraient associés positivement aux schémas précoces inadaptés liés à une carence dans le manque d'autonomie (*dépendance, manque d'individuation, vulnérabilité à l'inconnu, peur de perdre le contrôle*), dans la valeur personnelle (*impossibilité d'être aimé, indésirabilité sociale, échec, culpabilité, honte*), et dans le lien à l'autre (*déprivation affective, abandon, méfiance, isolement social*).
- *H6b.* Les scores aux dimensions *passé positif* et *futur* seraient associés négativement à ces mêmes schémas.
- *H6c.* Les scores d'orientation vers le *futur* seraient associés positivement au schéma *standards intransigeants*, et négativement au schéma *droits et limites insuffisants*.
- *H6d.* Les scores à la dimension *présent hédoniste* seraient associés positivement au schéma *droits et limites insuffisants*, et négativement au schéma *standards intransigeants*.
- *H6e.* Les schémas précoces inadaptés seraient associés positivement à un profil temporel plus déséquilibré (plus éloigné de la BTP).

#### 1.3.2. Analyses de corrélation

Le **tableau 27** présente les corrélations entre les scores aux différentes dimensions de la perspective temporelle et la DBTP, avec les scores aux différents schémas précoces inadaptés, mesurés par l'YSQ. La dimension *présent hédoniste* n'est associée à aucun des schémas précoces inadaptés.

Le *passé négatif* et le *présent fataliste* sont, dans l'ensemble, associés positivement à la majorité des schémas précoces inadaptés.

Le *passé négatif* est moyennement corrélé avec les schémas *vulnérabilité à l'inconnu* (.35,  $p=.017$ ), *peur de perdre le contrôle* (.44,  $p=.002$ ), *déprivation affective* (.34,  $p=.020$ ),

*méfiance* (.44,  $p=.002$ ), *isolement social* (.46,  $p=.001$ ), *impossibilité d'être aimé* (.46,  $p=.001$ ) et *échec* (.48,  $p=.001$ ) ; et est fortement corrélé avec les schémas *abandon* (.66,  $p=.000$ ), *indésirabilité sociale* (.52,  $p=.000$ ), *culpabilité/punition* (.53,  $p=.000$ ) et *honte/embarras* (.53,  $p=.000$ ).

Le *passé négatif* n'est pas associé aux schémas *dépendance*, *manque d'individuation*, *standards intransigeants* et *droits/limites insuffisants*.

Le *présent fataliste* est moyennement corrélé avec les schémas *dépendance* (.32,  $p=.026$ ), *vulnérabilité à l'inconnu* (.40,  $p=.005$ ), *déprivation affective* (.41,  $p=.004$ ), *méfiance* (.41,  $p=.004$ ), *isolement social* (.39,  $p=.007$ ), *impossibilité d'être aimé* (.41,  $p=.004$ ), *échec* (.47,  $p=.001$ ), *culpabilité/punition* (.47,  $p=.001$ ) et *honte/embarras* (.39,  $p=.007$ ) ; et est fortement corrélé avec les schémas *abandon* (.60,  $p=.000$ ), *peur de perdre le contrôle* (.51,  $p=.000$ ) et *droits/limites insuffisantes* (.61,  $p=.000$ ).

Le *présent fataliste* n'est pas associé aux schémas *manque d'individuation*, *indésirabilité sociale*, et *standards intransigeants*.

Les dimensions *passé positif* et orientation vers le *futur* sont, dans l'ensemble, corrélées négativement avec la majorité des schémas précoces inadaptés.

Le *passé positif* est moyennement et négativement corrélé avec les schémas *déprivation affective* (-.30,  $p=.042$ ), *méfiance* (-.34,  $p=.021$ ), *isolement social* (-.37,  $p=.010$ ), *impossibilité d'être aimé* (-.38,  $p=.008$ ), *indésirabilité sociale* (-.42,  $p=.003$ ), *échec* (-.37,  $p=.010$ ), *culpabilité/punition* (-.44,  $p=.002$ ) et *honte/embarras* (-.40,  $p=.005$ ).

Le *passé positif* n'est pas associé aux schémas *dépendance*, *manque d'individuation*, *vulnérabilité à l'inconnu*, *peur de perdre le contrôle*, *standards intransigeants* et *droits/limites insuffisantes*.

L'orientation vers le *futur* est moyennement et négativement corrélé avec les schémas *peur de perdre le contrôle* (-.34,  $p=.019$ ), *abandon* (.37,  $p=.010$ ), *isolement social* (-.36,  $p=.014$ ), *indésirabilité sociale* (-.34,  $p=.019$ ), *échec* (-.45,  $p=.002$ ), *culpabilité/punition* (-.43,  $p=.003$ ), *honte/embarras* (-.39,  $p=.007$ ) et *droits/limites insuffisantes* (-.44,  $p=.002$ ). Cependant, la dimension *futur* est positivement et faiblement corrélée avec le schéma *standards intransigeants* (.29,  $p=.045$ ).

L'orientation vers le *futur* n'est pas associée aux schémas *dépendance*, *manque d'individuation*, *vulnérabilité à l'inconnu*, *déprivation affective*, *méfiance*, et *impossibilité d'être aimé*.

Concernant la DBTP, elle est associée positivement à l'ensemble des schémas précoces inadaptés, à l'exception du schéma *standards intransigeants*.

Plus spécifiquement, la DBTP est moyennement corrélée aux schémas *dépendance* (.42,  $p=.003$ ), *manque d'individuation* (.35,  $p=.015$ ), *vulnérabilité à l'inconnu* (.30,  $p=.040$ ), *peur de perdre le contrôle* (.47,  $p=.001$ ) et *déprivation affective*. La DBTP est fortement corrélée aux schémas *abandon* (.66,  $p=.000$ ), *méfiance* (.62,  $p=.000$ ), *isolement social* (.58,  $p=.000$ ), *impossibilité d'être aimé* (.60,  $p=.000$ ), *indésirabilité sociale* (.60,  $p=.000$ ), *échec* (.64,  $p=.000$ ), *culpabilité/punition* (.71,  $p=.000$ ), *honte/embarras* (.69,  $p=.000$ ) et *droits/limites insuffisants* (.51,  $p=.000$ ).

**Tableau 27.** Corrélations entre la perspective temporelle, la DBTP et les schémas précoces inadaptés au sein des patients déprimés ( $n=80$ )

	Perspective temporelle	PN	PP	PF	PH	FUT	DBTP
<b>Schémas précoces inadaptés</b>							
<b>Autonomie</b>	Dépendance	.27	-.22	.32*	.06	-.21	.42**
	Manque d'individuation	.19	-.19	.28	.04	-.09	.35*
	Vulnérabilité à l'inconnu	.35*	.07	.40**	.08	-.14	.30*
	Peur de perdre le contrôle	.44**	-.07	.51***	.26	-.34*	.47**
<b>Lien</b>	Déprivation affective	.34*	-.30*	.41**	-.07	-.16	.44**
	Abandon	.66***	-.15	.60***	.09	-.37**	.66***
	Méfiance	.44**	-.34*	.41**	-.18	-.27	.62***
	Isolement social	.46**	-.37*	.39**	.14	-.36*	.58***
<b>Valeur</b>	Impossibilité d'être aimé	.46**	-.38**	.41**	-.13	-.27	.60***
	Indésirabilité sociale	.52***	-.42**	.26	-.09	-.34*	.60***
	Echec	.48**	-.37*	.47**	.03	-.45**	.64***
	Culpabilité/punition	.53***	-.44**	.47**	.05	-.43**	.71***
	Honte/embarras	.53***	-.40**	.39**	-.09	-.39**	.69**
<b>Limites et standards</b>	Standards intransigeants	.15	.02	-.11	-.12	.29*	-.02
	Droits/limites insuffisants	.29	-.12	.61**	.16	-.44**	.51**

\* $p < .05$  ; \*\*  $p < .01$  ; \*\*\*  $p < .001$

PN : *Passé Négatif* ; PP : *Passé Positif* ; PF : *Présent Fataliste* ; PH : *Présent Hédoniste* ; FUT : *Orientation vers le futur* ; DBTP : *Deviation from Balanced Time Perspective*

Etant donné que les différents schémas précoces inadaptés sont regroupés en quatre grandes dimensions dans l'YSQ, nous nous sommes également intéressés aux corrélations entre les dimensions de la perspective temporelle avec ces quatre méta-dimensions (*autonomie, lien, valeur, limites et standards*), afin de pouvoir dégager des tendances plus générales. Ces résultats sont présentés dans le **tableau 28**.

Nous observons que la dimension *passé négatif* est positivement corrélée avec les dimensions *autonomie* (.41,  $p=.005$ ), *lien* (.57,  $p=.000$ ) et *valeur* (.56,  $p=.000$ ). De la même façon, le *présent fataliste* est également corrélé avec les dimensions *autonomie* (.49,  $p=.000$ ), *lien* (.54,  $p=.000$ ) et *valeur* (.45,  $p=.002$ ), mais également avec la dimension *limites et standards* (.33,  $p=.022$ ).

En effet, les corrélations présentées précédemment dans le **tableau 27** indiquaient que le *passé négatif* et le *présent fataliste* étaient positivement associés à l'ensemble des schémas qui composent les dimensions *lien* et *valeur* (à l'exception du schéma *indésirabilité sociale* pour le *présent fataliste*). Le *passé négatif* et le *présent fataliste* étaient également associés respectivement à deux et trois des schémas de la dimension *autonomie* (sur quatre schémas la composant).

Concernant la corrélation entre le *présent fataliste* et la dimension *limites et standards*, les corrélations présentées précédemment indiquaient que le *présent fataliste* était uniquement associé au schéma *droits/limites insuffisants*, mais pas au schéma *standards intransigeants*.

Nous observons que le *passé positif* est négativement corrélé avec les dimensions *lien* (-.35,  $p=.016$ ) et *valeur* (-.45,  $p=.002$ ) ; c'est également le cas de l'orientation vers le *futur* ( $r=-.35$ ,  $p=.016$  pour la dimension *lien*, et  $r=-.41$ ,  $p=.004$  pour la dimension *valeur*).

En effet, dans les corrélations présentées précédemment dans le **tableau 27**, on observait que le *passé positif* et le *futur* étaient négativement associés à l'ensemble des schémas qui composaient la dimension *valeur* (à l'exception du schéma impossibilité d'être aimé pour le *futur*). De plus, le *passé positif* et le *futur* étaient négativement associés respectivement à trois et deux des schémas qui composent la dimension *lien* (sur quatre schémas).

Enfin, les scores de DBTP sont positivement corrélés avec les quatre dimensions *autonomie* (.50,  $p=.000$ ), *lien* (.68,  $p=.000$ ), *valeur* (.72,  $p=.000$ ) et *limites et standards* (.32,  $p=.026$ ).

En effet, dans les corrélations présentées précédemment dans le **tableau 27**, on observait que la DBTP était positivement associée à l'ensemble des schémas des dimensions *autonomie*,

*lien* et *valeur* ; et positivement associé au schéma *limites/droits insuffisants* de la dimension *limites et standards* (mais n'était pas associé au schéma *standards intransigeants* de cette même dimension).

**Tableau 28.** Corrélations entre la perspective temporelle, la DBTP et les quatre grandes dimensions de schémas précoces inadaptés au sein des patients déprimés (n=80)

Perspective temporelle	PN	PP	PF	PH	FUT	DBTP
<b>Dimensions de schémas</b>						
AUTONOMIE	.41**	-.14	.49***	.15	-.25	.50***
LIEN	.57***	-.35*	.54***	.01	-.35*	.68***
VALEUR	.56***	-.45**	.45**	-.05	-.41**	.72***
LIMITES ET STANDARDS	.28	-.07	.33*	.03	-.11	.32*

\*p < .05 ; \*\* p < .01 ; \*\*\* p < .001

PN : *Passé Négatif* ; PP : *Passé Positif* ; PF : *Présent Fataliste* ; PH : *Présent Hédoniste* ; FUT : *Orientation vers le futur* ; DBTP : *Deviation from Balanced Time Perspective*

### 1.3.3. Analyses de régression

Pour les analyses de régression, la sélection des variables indépendantes (VI) a été basée sur les analyses de corrélations de chaque VI avec les différentes variables dépendantes (VD), c'est-à-dire avec les différents schémas précoces inadaptés. Toutes les variables d'influence ont été incluses dans les modèles. Toutes les analyses de régression ont été réalisées en mettant dans les modèles les variables relatives à l'âge et au sexe, afin de contrôler leurs effets sur les VD.

Préalablement à chaque analyse de régression, une analyse de variance (ANOVA) a été réalisée afin de déterminer si, pour chaque modèle testé, l'hypothèse nulle d'absence de relation linéaire entre la variable dépendante et les variables indépendantes pouvait être rejetée. Pour chacune des analyses effectuées ci-après, le modèle était significatif ( $p < .05$ ), c'est-à-dire que l'ajout des prédicteurs contribue à mieux prédire la variable dépendante (que le modèle sans prédicteur). Aucune colinéarité n'était observée ( $VIF < 2$ ).

Comme pour les analyses de régression précédentes, étant donné que les scores de DBTP sont calculés à partir des scores aux dimensions de la perspective temporelle, ces deux variables indépendantes n'ont pas été regroupées dans le même modèle de régression.

Cependant, compte tenu du nombre important de schémas précoces inadaptés, nous avons cette fois-ci choisit de présenter dans le même tableau le modèle avec les dimensions de

la perspective temporelle comme prédicteurs, et celui avec les scores de DBTP comme prédicteurs (voir **tableau 28**). Il s'agit cependant de deux modèles qui ont été testés indépendamment l'un de l'autre.

Les résultats de chaque régression sont présentés dans le **tableau 29**.

### AUTONOMIE

Le schéma *dépendance* est positivement associé au *présent fataliste* ( $\beta=.33$ ,  $p=.045$ ), et la variabilité des scores à ce schéma est expliquée à 11% par le modèle de régression.

Le schéma *vulnérabilité à l'inconnu* est positivement associé au *passé négatif* ( $\beta=.47$ ,  $p=.007$ ) et au *présent fataliste* ( $\beta=.42$ ,  $p=.005$ ). La variabilité des scores à ce schéma est expliquée à 33% par le modèle de régression.

Le schéma *peur de perdre le contrôle* est positivement associé au *passé négatif* ( $\beta=.34$ ,  $p=.042$ ), mais n'est associé ni au *présent fataliste*, ni à l'orientation vers le *futur*. La variabilité des scores à ce schéma est expliquée à 35% par le modèle de régression.

Le schéma *manque d'individuation* n'était corrélé avec aucune des dimensions de la perspective temporelle.

Les scores de DBTP sont positivement associés aux schémas *dépendance* ( $\beta=.47$ ,  $p=.005$ ,  $R^2=.19$ ), *manque d'individuation* ( $\beta=.34$ ,  $p=.044$ ,  $R^2=.14$ ), *vulnérabilité* ( $\beta=.39$ ,  $p=.023$ ,  $R^2=.12$ ), et *peur de perdre le contrôle* ( $\beta=.35$ ,  $p=.042$ ,  $R^2=.35$ ).

### LIEN

Le schéma *déprivation affective* est positivement associé au *présent fataliste* ( $\beta=.45$ ,  $p=.004$ ), et négativement associé au *passé positif* ( $\beta=-.30$ ,  $p=.036$ ), mais n'est pas associé au *passé négatif*. La variabilité des scores à ce schéma est expliquée à 25% par le modèle de régression.

Le schéma *abandon* est positivement associé au *passé négatif* ( $\beta=.48$ ,  $p=.001$ ) et au *présent fataliste* ( $\beta=.39$ ,  $p=.005$ ), mais n'est pas associé à l'orientation vers le *futur*. La variabilité des scores à ce schéma est expliquée à 59% par le modèle de régression.

Le schéma *méfiance* est positivement associé au *présent fataliste* ( $\beta=.33$ ,  $p=.025$ ), et négativement associé au *passé positif* ( $\beta=-.34$ ,  $p=.013$ ), mais n'est pas associé au *passé négatif*. La variabilité des scores à ce schéma est expliquée à 38% par le modèle de régression.

Le schéma *isolement social* est négativement au *passé positif* ( $\beta=-.35$ ,  $p=.016$ ), mais n'est pas associé au *passé négatif*, au *présent fataliste* et à l'orientation vers le *futur*. La

variabilité des scores à ce schéma est expliquée à 40% par le modèle de régression.

Les scores de DBTP sont positivement associés aux schémas *déprivation affective* ( $\beta=.49$ ,  $p=.003$ ,  $R^2=.22$ ), *abandon* ( $\beta=.47$ ,  $p=.000$ ,  $R^2=.50$ ), *méfiance* ( $\beta=.57$ ,  $p=.000$ ,  $R^2=.41$ ), et *isolement social* ( $\beta=.53$ ,  $p=.001$ ,  $R^2=.35$ ).

### VALEUR

Le schéma *impossibilité d'être aimé* est associé positivement au *présent fataliste* ( $\beta=.35$ ,  $p=.017$ ), et négativement au *passé positif* ( $\beta=-.37$ ,  $p=.007$ ), mais n'est pas associé au *passé négatif*. La variabilité des scores à ce schéma est expliquée à 40% par le modèle de régression.

Le schéma *indésirabilité sociale* est positivement associé au *passé négatif* ( $\beta=.34$ ,  $p=.042$ ), et négativement associé au *passé positif* ( $\beta=-.34$ ,  $p=.012$ ). La variabilité des scores à ce schéma est expliquée à 39% par le modèle de régression.

Le schéma *échec* est négativement associé au *passé positif* ( $\beta=-.32$ ,  $p=.024$ ), mais n'est pas associé au *passé négatif*, au *présent fataliste*, et à l'orientation vers le *futur*. La variabilité des scores à ce schéma est expliquée à 45% par le modèle de régression.

Le schéma *culpabilité/punition* est positivement associé au *présent fataliste* ( $\beta=.36$ ,  $p=.022$ ), et négativement associé au *passé positif* ( $\beta=-.40$ ,  $p=.003$ ), mais n'est pas associé au *passé négatif* et à l'orientation vers le *futur*. La variabilité des scores à ce schéma est expliquée à 53% par le modèle de régression.

Le schéma *honte/embarras* est négativement associé au *passé positif* ( $\beta=-.36$ ,  $p=.010$ ), mais n'est pas associé au *passé négatif*, au *présent fataliste* et à l'orientation vers le *futur*. La variabilité des scores à ce schéma est expliquée à 47% par le modèle de régression.

Les scores de DBTP sont positivement associés aux schémas *impossibilité d'être aimé* ( $\beta=.58$ ,  $p=.000$ ,  $R^2=.37$ ), *indésirabilité sociale* ( $\beta=.60$ ,  $p=.000$ ,  $R^2=.42$ ), *échec* ( $\beta=.63$ ,  $p=.000$ ,  $R^2=.42$ ), *culpabilité/punition* ( $\beta=.68$ ,  $p=.000$ ,  $R^2=.50$ ) et *honte/embarras* ( $\beta=.62$ ,  $p=.000$ ,  $R^2=.50$ ).

### LIMITES ET STANDARDS

Le schéma *standards intransigeants* est associé positivement à l'orientation vers le *futur* ( $\beta=.38$ ,  $p=.023$ ), et la variabilité des scores à ce schéma est expliquée à 13% par le modèle de régression.

Le schéma *droits/limites insuffisantes* est positivement associé au *présent fataliste* ( $\beta=.56$ ,  $p=.001$ ), mais n'est pas associé à l'orientation vers le *futur*. La variabilité des scores à ce schéma est expliquée à 38% par le modèle de régression.

Les scores de DBTP sont positivement associés au schéma *droits insuffisants* ( $\beta=.53$ ,  $p=.001$ ,  $R^2=.27$ ), mais pas au schéma *droits insuffisants*

**Tableau 29.** Effet prédicteur de la perspective temporelle et de la DBTP sur les schémas précoces inadaptés au sein des patients déprimés (n=80)

Modèles VD	VI (ZTPI)	R <sup>2</sup>	B	B	t	p	IC 95% pour B	
							Min	Max
DEPE	Présent fataliste	.11	<b>.33</b>	<b>.59</b>	<b>2.06</b>	<b>.045</b>	<b>.01</b>	<b>1.16</b>
	Age		.03	.00	.16	.871	-.03	.03
	Sexe		.04	.12	.28	.783	-.77	1.02
	DBTP	.19	<b>.47</b>	<b>.65</b>	<b>2.96</b>	<b>.005</b>	<b>.21</b>	<b>1.09</b>
	Age		.11	.01	.71	.479	-.02	.04
	Sexe		.02	.07	.15	.880	-.79	.92
MAN INDI	DBTP	.14	<b>.34</b>	<b>.39</b>	<b>2.08</b>	<b>.044</b>	<b>.01</b>	<b>.76</b>
	Age		-.07	-.01	-.42	.679	-.03	.02
	Sexe		-.12	-.30	-.83	.412	-1.03	.43
VUL	Passé négatif	.33	<b>.47</b>	<b>.50</b>	<b>2.85</b>	<b>.007</b>	<b>.15</b>	<b>.85</b>
	Présent fataliste		<b>.42</b>	<b>.60</b>	<b>2.97</b>	<b>.005</b>	<b>.19</b>	<b>1.01</b>
	Age		.39	.03	2.50	.017	.01	.05
	Sexe	-.17	-.41	-1.21	.233	-1.10	.27	
	DBTP	.12	<b>.39</b>	<b>.43</b>	<b>2.35</b>	<b>.023</b>	<b>.06</b>	<b>.80</b>
	Age		.18	.01	1.07	.290	-.01	.04
Sexe	-.01		-.04	-.10	.922	-.75	.68	
PERT CONT	Passé négatif	.35	<b>.34</b>	<b>.41</b>	<b>2.10</b>	<b>.042</b>	<b>.02</b>	<b>.81</b>
	Présent fataliste		<b>.39</b>	<b>.63</b>	<b>2.37</b>	<b>.023</b>	<b>.09</b>	<b>1.17</b>
	Futur		-.02	-.03	-.11	.917	-.63	.57
	Age	.00	.01	.01	.996	-.03	.03	
	Sexe	-.11	-.31	-0.791	.434	-1.11	.49	
	DBTP	.24	<b>.40</b>	<b>.49</b>	<b>2.60</b>	<b>.013</b>	<b>.11</b>	<b>.88</b>
Age	-.15		-.01	-.95	.348	-.04	.01	
Sexe	-.01		-.02	-.06	.949	-.77	.72	
DEP AFF	Passé négatif	.25	.16	.25	.92	.365	-.30	.79
	Présent fataliste		<b>.45</b>	<b>.91</b>	<b>3.07</b>	<b>.004</b>	<b>.31</b>	<b>1.51</b>
	Passé positif		<b>-.30</b>	<b>-.58</b>	<b>-2.17</b>	<b>.036</b>	<b>-1.12</b>	<b>-.04</b>
	Age	.18	.02	1.14	.262	-.01	.05	
	Sexe	.09	.31	.634	.529	-.68	1.31	
	DBTP	.22	<b>.49</b>	<b>.77</b>	<b>3.15</b>	<b>.003</b>	<b>.28</b>	<b>1.26</b>
Age	.16		.02	1.00	.322	-.02	.05	
Sexe	.13		.46	.98	.335	-.49	1.42	
ABAN	Passé négatif	.59	<b>.48</b>	<b>.72</b>	<b>3.71</b>	<b>.001</b>	<b>.33</b>	<b>1.11</b>
	Présent fataliste		<b>.39</b>	<b>.77</b>	<b>2.94</b>	<b>.005</b>	<b>.24</b>	<b>1.31</b>
	Futur		-.01	-.15	-.50	.516	-.74	.45
	Age	.04	.00	.30	.763	-.02	.03	
	Sexe	.10	.35	.89	.378	-.44	1.14	
	DBTP	.50	<b>.57</b>	<b>.88</b>	<b>4.58</b>	<b>.000</b>	<b>.49</b>	<b>1.26</b>
Age	-.11		-.01	-.90	.373	-.04	.01	
Sexe	.23		.78	2.08	.043	.02	1.53	
MEF	Passé négatif	.38	.12	.15	.68	.501	-.30	.60
	Présent fataliste		<b>.33</b>	<b>.57</b>	<b>2.32</b>	<b>.025</b>	<b>.07</b>	<b>1.06</b>
	Passé positif		<b>-.34</b>	<b>-.57</b>	<b>-2.59</b>	<b>.013</b>	<b>-1.01</b>	<b>-.13</b>
	Age	-.14	-.01	-.93	.360	-.04	.01	
	Sexe	.12	.35	.87	.392	-.47	1.17	
	DBTP	.41	<b>.57</b>	<b>.77</b>	<b>4.23</b>	<b>.000</b>	<b>.40</b>	<b>1.14</b>
Age	-.06		-.01	-.41	.684	-.03	.02	
Sexe	.13		.38	1.08	.288	-.33	1.10	
ISO SOC	Passé négatif	.40	.23	.41	1.36	.182	-.20	1.02
	Présent fataliste		.31	.73	1.81	.079	-.09	1.55
	Passé positif		<b>-.35</b>	<b>-.80</b>	<b>-2.52</b>	<b>.016</b>	<b>-1.44</b>	<b>-.16</b>
	Futur	.04	.10	.22	.826	-.83	1.03	
	Age	-.17	-.02	-1.04	.306	-.06	.02	
	Sexe	-.13	-.52	-.92	.362	-1.66	.62	
DBTP	.35	<b>.53</b>	<b>.96</b>	<b>3.71</b>	<b>.001</b>	<b>.44</b>	<b>1.48</b>	
Age		-.13	-.02	-.94	.352	-.05	.02	
Sexe		-.07	-.28	-.55	.584	-1.29	.74	

VD = Variable Dépendante ; VI = Variable Indépendante ; IC = Intervalle de Confiance

DEPE : Dépendance ; MAN IND : Manque d'individuation ; VUL : Vulnérabilité à l'inconnu ; PERT CONT : Peur de perdre le contrôle ; DEP AFF : Déprivation affective ; ABAN : Abandon ; MEF : Méfiance ; ISO SO : Isolement social

Suite tableau 29

Modèles VD	VI (ZTPI)	R <sup>2</sup>	B	B	t	p	IC 95% pour B	
							Min	Max
IMP AIM	Passé négatif		.19	.32	1.13	.265	-0.25	.89
	Présent fataliste		<b>.35</b>	<b>.78</b>	<b>2.50</b>	<b>.017</b>	<b>.15</b>	<b>1.41</b>
	Passé positif	.40	<b>-.37</b>	<b>-.80</b>	<b>-2.84</b>	<b>.007</b>	<b>-1.36</b>	<b>-.23</b>
	Age		-.07	-.01	-.46	.649	-.04	.03
	Sexe		.03	.12	.23	.819	-.93	1.17
	DBTP		<b>.58</b>	<b>1.01</b>	<b>4.17</b>	<b>.000</b>	<b>.52</b>	<b>1.50</b>
	Age	.37	-.02	-.00	-.16	.877	-.03	.03
Sexe		.07	.26	.55	.589	-.70	1.21	
IND SOC	Passé négatif		<b>.34</b>	<b>.49</b>	<b>2.10</b>	<b>.042</b>	<b>.02</b>	<b>.95</b>
	Passé positif	.39	<b>-.34</b>	<b>-.61</b>	<b>-2.64</b>	<b>.012</b>	<b>-1.07</b>	<b>-.14</b>
	Age		-.05	-.01	-.34	.736	-.03	.02
	Sexe		.17	.55	1.27	.210	-.32	1.42
	DBTP		<b>.60</b>	<b>.88</b>	<b>4.46</b>	<b>.000</b>	<b>.48</b>	<b>1.27</b>
	Age	.42	.08	.01	.57	.569	-.02	.03
	Sexe		.23	.75	1.96	.06	-.02	1.52
ECH	Passé négatif		.23	.37	1.38	.176	-.17	.90
	Présent fataliste		.32	.70	1.96	.057	-.021	1.42
	Passé positif	.45	<b>-.32</b>	<b>-.66</b>	<b>-2.35</b>	<b>.024</b>	<b>-1.22</b>	<b>-.09</b>
	Futur		-.15	-.36	-.90	.374	-.18	.45
	Age		.01	.00	.04	.970	-.03	.03
	Sexe		.07	.24	.49	.630	-.76	1.25
	DBTP		<b>.63</b>	<b>1.06</b>	<b>4.72</b>	<b>.000</b>	<b>.61</b>	<b>1.51</b>
Age	.42	.00	.00	.01	.990	-.03	.03	
Sexe		.08	.28	.65	.520	-.52	1.16	
CULP	Passé négatif		.25	.36	1.63	.111	-.09	.81
	Présent fataliste		<b>.36</b>	<b>.71</b>	<b>2.38</b>	<b>.022</b>	<b>.11</b>	<b>1.32</b>
	Passé positif	.53	<b>-.40</b>	<b>-.75</b>	<b>-3.23</b>	<b>.003</b>	<b>-1.23</b>	<b>-.28</b>
	Futur		-.04	-.08	-.23	.822	-.76	.61
	Age		-.09	-.01	-.62	.538	-.04	.02
	Sexe		-.02	-.05	-.12	.905	-.89	.79
	DBTP		<b>.68</b>	<b>1.03</b>	<b>5.48</b>	<b>.000</b>	<b>.65</b>	<b>1.40</b>
Age	.50	-.05	-.00	-.36	.720	-.03	.02	
Sexe		.03	.09	.24	.814	.65	.82	
HONT	Passé négatif		.21	.34	1.27	.211	-.20	.87
	Présent fataliste		.21	.45	1.27	.211	-.27	1.17
	Passé positif	.47	<b>-.36</b>	<b>-.76</b>	<b>-2.72</b>	<b>.010</b>	<b>-1.32</b>	<b>-.20</b>
	Futur		-.07	-.17	-.43	.673	-.99	.64
	Age		-.20	-.02	-1.34	.188	-.06	.01
	Sexe		.08	.30	.61	.548	-.70	1.31
	DBTP		<b>.62</b>	<b>1.05</b>	<b>4.97</b>	<b>.000</b>	<b>.62</b>	<b>1.47</b>
Age	.50	-.12	-.01	-.96	.344	-.04	.01	
Sexe		.09	.35	.86	.396	-.48	1.18	
STAN INTR	Futur		<b>.38</b>	<b>.64</b>	<b>2.36</b>	<b>.023</b>	<b>.09</b>	<b>1.19</b>
	Age	.13	-.22	-.02	-1.35	.185	-.04	.01
	Sexe		.06	.15	.38	.707	-.63	.92
DRO INS	Présent fataliste		<b>.56</b>	<b>.95</b>	<b>3.51</b>	<b>.001</b>	<b>.40</b>	<b>1.49</b>
	Futur	.38	-.12	-.22	-.74	.466	-.84	.39
	Age		.05	.00	.35	.732	-.02	.03
	Sexe		-.04	-.12	-.31	.758	-.82	.64
	DBTP		<b>.53</b>	<b>.69</b>	<b>3.55</b>	<b>.001</b>	<b>.30</b>	<b>1.09</b>
	Age	.27	.02	.00	.10	.917	-.02	.03
Sexe		-.07	-.21	-.54	.590	-.97	.56	

VD = Variable Dépendante ; VI = Variable Indépendante ; IC = Intervalle de Confiance

IMP AIM : Impossibilité d'être aimé ; IND SOC : Indésirabilité sociale ; ECH : Echec ; CULP : Culpabilité/punition ; HONT : Honte/embarras ; STAN INTR : Standards intransigeants ; DRO INS : Droits insuffisants

### 1.3.4. Retour aux hypothèses

En conclusion de ces analyses, l'hypothèse générale 6 est partiellement validée :

- **L'hypothèse H6a est validée** (H6a. *Les scores aux dimensions passé négatif et présent fataliste seraient associés positivement aux schémas précoces inadaptés liés à une carence dans le manque d'autonomie, la valeur personnelle, et dans le lien à l'autre*) :
  - Le *passé négatif* et le *présent fataliste* sont positivement corrélés à la majorité des schémas appartenant aux dimensions *autonomie*, *lien*, et *valeur*.
- **L'hypothèse H6b est partiellement validée** (H6b *Les scores aux dimensions passé positif et futur seraient associés négativement à ces mêmes schémas*) :
  - Le *passé positif* et l'orientation vers le *futur* sont négativement corrélés à la grande majorité des schémas appartenant aux dimensions *lien* et *valeur*.
  - L'orientation vers le *futur* est corrélée négativement au schéma *peur de perdre le contrôle* de la dimension *autonomie*. En revanche, le *passé positif* n'est associé à aucun schéma de la dimension *autonomie*.
- **L'hypothèse H6c est validée** (H6c. *Les scores d'orientation vers le futur seraient associés positivement au schéma standards intransigeants, et négativement au schéma droits et limites insuffisants*) :
  - L'orientation vers le *futur* est associée positivement au schéma *standards intransigeants*, et négativement au schéma *droits et limites insuffisants*.
- **L'hypothèse H6d n'est pas validée** (H6d. *Les scores à la dimension présent hédoniste seraient associés positivement au schéma droits et limites insuffisants, et négativement au schéma standards intransigeants*) :
  - Le *présent hédoniste* n'est associé ni au schéma *droits et limites insuffisants*, ni au schéma *standards intransigeants*.
- **L'hypothèse H6e est validée** (H6e. *Les schémas précoces inadaptés seraient associés positivement à un profil temporel plus déséquilibré*) :
  - Les scores de DBTP sont associés positivement à l'ensemble des schémas précoces inadaptés (à l'exception du schéma *droits et limites insuffisants*).

### 1.3.5. Analyses complémentaires exploratoires : analyses de médiation

Afin de tester le rôle médiateur joué par les schémas précoces dans la relation entre les dimensions de la perspective temporelle et les symptômes anxieux et dépressifs, des analyses de médiation ont été réalisées lorsque les critères de Baron et Kenny (1986) étaient vérifiés. La même procédure utilisée pour les analyses de médiation présentées précédemment a été utilisée.

Les résultats des analyses de médiation sont illustrés par la **figure 14** et la **figure 15**. Seuls les modèles pour lesquels les critères de Baron et Kenny (1986) étaient validés ont été testés, c'est-à-dire :

(1) L'effet médiateur du schéma isolement social dans la relation entre la DBTP et la dépression (BDI-13) (**figure 14**)

(2) L'effet médiateur du schéma isolement social dans la relation entre le *passé négatif* et la dépression (BDI-13) (**figure 15**).

Les résultats des analyses de médiation mettent en évidence une tendance à la significativité concernant l'effet médiateur du schéma *isolement social* dans la relation entre la DBTP et la dépression ( $\beta = .21$  ;  $p = .056$ ). De plus, lorsque le schéma *isolement social* est introduit dans la relation entre la DBTP et la dépression, l'effet direct de la DBTP n'est plus significatif ( $p = .151$ ) ; la médiation serait donc totale (voir **figure 14**).

En revanche, aucun effet médiateur du schéma *isolement social* n'est observé dans la relation entre le *passé négatif* et la dépression, c'est-à-dire que l'effet indirect (qui passe par le médiateur), n'est pas significatif ( $p = .131$ ) (voir **figure 15**).

**Figure 14.** Effet médiateur du schéma isolement social dans la relation entre la DBTP et la dépression

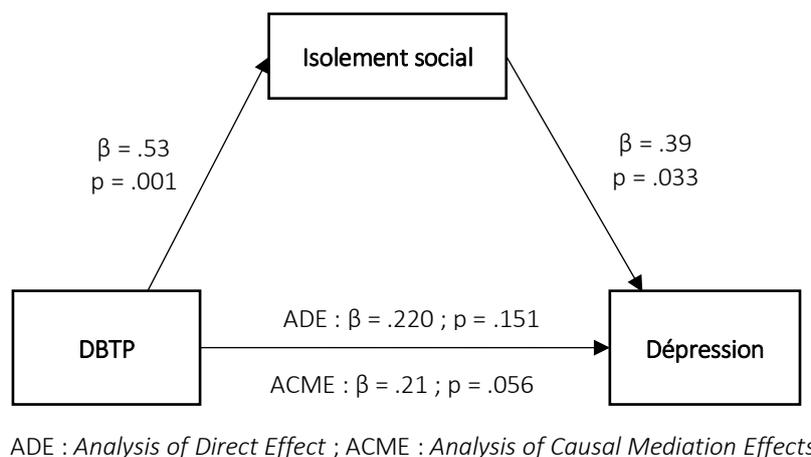
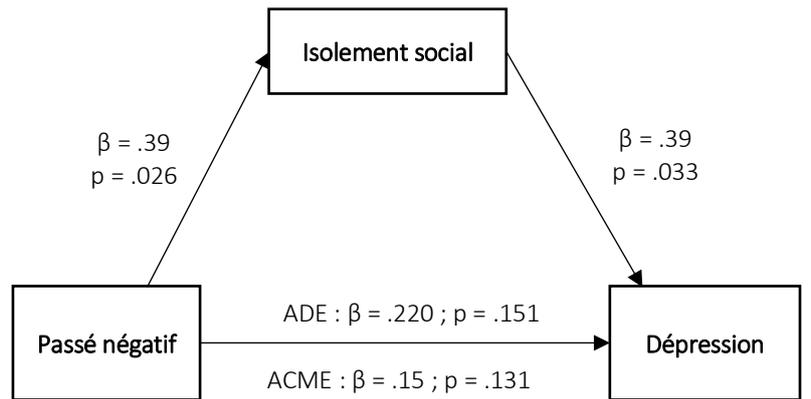


Figure 15. Effet médiateur du schéma *isolement social* dans la relation entre le *passé négatif* et la dépression



ADE : *Analysis of Direct Effect* ; ACME : *Analysis of Causal Mediation Effects*

En conclusion, la relation entre la perspective temporelle et les symptômes anxieux et dépressifs n'est pas imputable au rôle médiateur des schémas précoces inadaptés, à l'exception d'une tendance à la significativité concernant le rôle médiateur du schéma *isolement social* dans la relation entre les scores de DBTP et la dépression : en d'autres termes, plus le profil temporel s'éloigne du profil optimal, plus les individus ont tendance à se sentir isolés socialement, ce qui augmente leur tendance à expérimenter des symptômes dépressifs.

### Synthèse : résultats de l'axe 3 – schémas et perspective temporelle

- Le *passé négatif* et le *présent fataliste* sont corrélés positivement à la majorité des schémas précoces inadaptés, et notamment les schémas composant les dimensions *lien* et *valeurs*, et également, dans une moindre mesure, la dimension *autonomie*.
- Le *présent fataliste* prédit positivement les scores à la majorité des schémas inadaptés (*dépendance, vulnérabilité, peur de perdre le contrôle, déprivation affective, abandon, méfiance, impossibilité d'être aimé, indésirabilité sociale, culpabilité, et droits insuffisants*). En revanche, le *passé négatif* prédit uniquement (et positivement) les scores aux schémas *vulnérabilité, peur de perdre le contrôle, et abandon*.
- A l'inverse, le *passé positif* et l'orientation vers le *futur* sont corrélés négativement à la majorité des schémas précoces inadaptés, et notamment aux schémas composant la dimension *valeur* et, dans une moindre mesure, la dimension *lien*. L'orientation vers le *futur* est également associée au fait d'être davantage orienté vers le schéma *standards intransigeants*, et moins orienté vers le schéma *droits et limites insuffisants*.
- Le *passé positif* prédit négativement les scores aux schémas *déprivation affective, méfiance, indésirabilité sociale, impossibilité d'être aimé, indésirabilité sociale, échec, culpabilité* et *honte*. En revanche, l'orientation vers le futur prédit uniquement (et négativement) les scores au schéma *standards intransigeants*.
- Le *présent hédoniste* n'est associé à aucun des schémas précoces inadaptés.
- Plus le profil temporel s'éloigne du profil optimal, plus l'orientation vers chacun des schémas précoces inadaptés augmente (à l'exception du schéma *standards intransigeants*)
- Le schéma *isolement social* médiatise la relation entre les scores de DBTP et la dépression : plus leur profil temporel s'éloigne du profil optimal, plus les individus ont tendance à se sentir isolés socialement, ce qui est associé à la tendance à expérimenter davantage de symptômes dépressifs.
- Autrement, la relation entre la perspective temporelle et les symptômes anxieux et dépressifs n'est pas imputable au rôle médiateur des schémas précoces inadaptés.

## 2. Discussion de l'axe 3

Les données de la littérature permettent difficilement de statuer quant aux mécanismes impliqués dans la perspective temporelle, et encore moins concernant les mécanismes impliqués dans la relation entre perspective temporelle et dépression.

Ce dernier axe de recherche avait ainsi pour objectif de s'intéresser aux variables psychologiques qui pourraient être impliquées dans ou par la perspective temporelle, et notamment en s'intéressant aux variables déjà connues pour être impliquées dans les troubles dépressifs ; comme les stratégies de coping et les schémas précoces inadaptés.

Ainsi, nous avons cherché à répondre à la question suivante : **quels liens la perspective temporelle entretient-elle avec les stratégies de coping et les schémas précoces inadaptés, chez des individus déprimés ?**

Afin de répondre à cette question, des analyses de corrélation et de régression ont été réalisées auprès des 80 patients déprimés de notre échantillon.

### 1.3. Perspective temporelle et coping

#### 1.3.1. Vision négative du passé, fatalisme et orientation vers le futur : leur rôle dans la perception de la situation actuelle et dans les réactions émotionnelles négatives face à une situation stressante

Conformément à nos hypothèses, les résultats mettent en évidence que le *passé négatif* prédit significativement et positivement le coping centré sur l'émotion, et prédit significativement et négativement le coping centré sur la tâche.

Avant toute chose, il est important de souligner que le coping centré sur l'émotion, en tant que tel, n'est pas considéré comme un coping fonctionnel ou dysfonctionnel. Cependant, dans l'outil que nous avons utilisé pour mesurer le coping, le CISS, nous observons que tous les items relatifs au coping émotionnel concernent des émotions négatives : le blâme (« *me reprocher de perdre du temps* », « *me reprocher de m'être mis dans une telle situation* »), l'anxiété (« *me tracasser à propos de mes problèmes* », « *me sentir anxieux de ne pas pouvoir surmonter la situation* »), le déni (« *me dire que cela n'est pas réellement en train d'arriver* », « *me dire sur cela ne se reproduira plus jamais* »), ou encore l'irritabilité (« *me mettre en colère* », « *être de plus en plus contrariée* »). Aucun item n'évalue, par exemple, la recherche de soutien émotionnel ou l'acceptation. Ainsi, le coping centré sur l'émotion apparaît ici

davantage mesurer un coping centré sur les émotions négatives.

Ainsi, les résultats mettent en évidence que plus les patients déprimés ont une vision négative du passé, plus ils ont tendance à réagir aux situations stressantes par des émotions négatives d'auto-blâme, de déni, d'anxiété, et d'irritabilité. Une vision négative du passé est également associée à une moindre tendance à s'orienter vers des stratégies centrées sur la tâche, c'est-à-dire qui visent à modifier directement la situation problème (« *penser à la manière dont j'ai résolu des problèmes similaires* », « *déterminer une ligne d'action et la suivre* », « *mettre sur pied un ensemble de solutions différentes au problème* »).

Ces résultats suggèrent que la vision du passé pourrait jouer un rôle dans la perception de la situation actuelle, et plus spécifiquement dans la perception de l'efficacité personnelle pour surmonter cette situation. En effet, nous pouvons imaginer qu'un individu avec une vision négative du passé rappellerait préférentiellement les expériences antérieures sous l'angle de l'échec. Cela pourrait, comme nous l'avons développé précédemment, conduire à une vision surgénéralisée et négative du passé (« *j'ai toujours échoué* »), puis, par le biais de distorsions cognitives (comme la surgénéralisation), conduire à une vision absolue et négative de soi (« *je suis nul* », « *je suis incapable de réussir* »).

Nous pouvons alors imaginer que les individus avec une vision négative du passé n'auraient pas la capacité de s'appuyer sur des expériences antérieures de réussite pour se sentir efficace face à la situation présente, auraient une perception d'eux-mêmes comme moins compétents, et seraient ainsi moins enclins à s'orienter vers des stratégies visant à modifier la situation problème.

En effet, le rapport au passé serait susceptible d'influencer la perception de la situation présente par le rappel de situations antérieures analogues en termes de coûts et bénéfiques (Stolarski et al., 2015). Ces hypothèses sont cohérentes avec les liens entre *passé négatif* et faible sentiment d'efficacité retrouvés dans la littérature (Luszczynska et al., 2004 ; Epel et al., 1999), ainsi qu'avec les hypothèses de Bandura (1997) qui supposait que le sentiment d'efficacité était fonction des expériences passées.

De plus, des analyses de médiation réalisées auprès d'étudiants mettent en évidence que le sentiment d'efficacité personnel explique l'effet du *passé négatif* sur le coping centré sur la tâche (Kaya Lefèvre et al., 2019) : la vision négative du passé ne permettrait pas de se sentir capable de faire face dans le présent, et par conséquent les individus ne chercheraient pas à modifier la situation.

Les patients déprimés se concentreraient davantage sur les aspects négatifs du passé et du présent (Addis et al., 2016 ; Anderson and Evans, 2015 ; Belzung et al., 2014 ; Beck, 1976) ; ils auraient ainsi davantage tendance à anticiper l'échec et à réagir avec des émotions négatives à la situation.

Nos résultats mettent également en évidence, comme attendu, que le *présent fataliste* prédit positivement le coping orienté vers l'émotion, et est par ailleurs le prédicteur le plus important de ce type de coping. En d'autres termes, plus les individus ont une attitude résignée et ont le sentiment de ne pas pouvoir agir sur les situations, plus ils vont avoir tendance à réagir avec des émotions négatives face aux situations stressantes.

L'orientation vers le *présent fataliste* implique la croyance de ne pas pouvoir agir par soi-même sur les situations, et ainsi potentiellement de ne pas être en mesure de les résoudre. Le fait d'y réagir par des affects négatifs fait ainsi sens, et cela particulièrement pour des réactions émotionnelles désengageantes telles que le déni : lorsqu'une personne est persuadée de ne pas pouvoir résoudre une situation, il est parfois plus confortable pour elle de ne pas y faire face et de s'en dégager psychiquement en niant la réalité.

Pour ces raisons, nous nous attendions également à ce que le *présent fataliste* soit négativement associé au coping centré sur la tâche, et positivement associé au coping centré sur l'évitement : si un individu ne pense pas pouvoir agir sur la situation, il est probable d'imaginer qu'il n'aurait pas tendance à s'orienter vers des stratégies visant à modifier celle-ci, et aurait au contraire davantage tendance à se désengager de la situation par des stratégies d'évitement (Beck, 1976).

Les analyses corrélationnelles mettent en effet en évidence que le *présent fataliste* corrèle négativement avec le coping centré sur la tâche, et positivement avec le coping centré sur l'évitement. Cependant, ces résultats significatifs disparaissent dans nos modèles de régression dans lesquels ont été ajoutés d'autres dimensions temporelles. Notamment, le *passé négatif* permettrait davantage d'expliquer l'utilisation de stratégies centrées sur la tâche : ainsi, le fait d'avoir une vision négative du passé jouerait davantage que le fatalisme dans la faible tendance à chercher à résoudre une situation.

A l'inverse du *passé négatif*, et en accord avec nos hypothèses ainsi qu'avec les données de la littérature (Blomgren et al., 2016 ; Agnostopoulos & Griva, 2012), l'orientation vers le *futur* est positivement associée au coping orienté vers la tâche. Nous pouvons faire l'hypothèse que les individus orientés vers le futur, ayant une meilleure capacité à se projeter et à planifier

la façon de résoudre un problème, auraient davantage tendance à utiliser des stratégies visant à modifier directement la situation. A nouveau, le lien entre orientation vers le *futur* et coping centré sur la tâche pourrait en partie être fonction du sentiment d'efficacité : la tendance à planifier et s'orienter vers des objectifs pourrait permettre de se sentir davantage capable de résoudre une situation, et conduire ainsi davantage à des stratégies actives centrées sur la tâche. En effet, les analyses de médiation réalisées par Kaya Lefèvre et al. (2019) auprès d'étudiants mettent en évidence que le lien entre orientation vers le *futur* et coping centré sur la tâche serait partiellement expliqué par le sentiment d'efficacité.

De plus, en cohérence avec ces résultats et toujours comme attendu, l'orientation vers le *futur* est également associée négativement au coping centré sur l'évitement, visant à se désengager de la situation stressante : en se sentant en mesure de gérer la situation et en s'orientant vers des stratégies court et moyen-termes visant à la modifier (comme la planification), les individus auraient moins tendance à chercher à l'éviter.

Enfin, en accord avec nos hypothèses, les résultats mettent en évidence que les scores de DBTP prédisent négativement le coping orienté vers la tâche, et positivement le coping orienté vers l'émotion. En d'autres termes, plus le profil temporel est déséquilibré et s'éloigne du profil optimal, moins les patients ont tendance à chercher à modifier la situation, et plus ils vont réagir aux situations stressantes par des affects négatifs.

Ces résultats vont dans le sens des hypothèses théoriques autour de l'équilibre du profil temporel, selon lesquelles la capacité à s'orienter de façon équilibrée vers le passé, le présent et le futur pourrait être autant, voire davantage, prédictive d'un fonctionnement adaptatif que l'orientation vers une dimension spécifique (Zimbardo & Boyd, 1999).

### **1.3.2. Rôle médiateur du coping dans la relation entre perspective temporelle et symptômes anxieux et dépressifs**

Les résultats précédents ont permis de mettre en évidence les liens que la perspective temporelle entretenait avec la dépression d'une part, et avec les stratégies de coping d'autre part, chez des patients déprimés. De plus, comme nous l'avons développé dans la littérature, les stratégies de coping sont également impliquées dans les troubles dépressifs.<sup>24</sup>

Ainsi, des analyses complémentaires de médiation ont été réalisées dans l'objectif d'investiguer le rôle médiateur du coping dans la relation entre perspective temporelle et

---

<sup>24</sup> Voir *chapitre 4* de la littérature

symptômes dépressifs ; cela afin de mieux comprendre par quels mécanismes le profil temporel pourrait potentiellement impacter la dépression.

Toutefois, les analyses de médiation réalisées étaient exploratoires, et aucune hypothèse n'avait été proposée en amont concernant le sens des résultats.

Nous aurions pu néanmoins nous attendre à ce que le *passé négatif* et le *présent fataliste*, en favorisant les stratégies émotionnelles tournées vers les affects négatifs, augmentent par cet intermédiaire l'intensité des symptômes dépressifs. A l'inverse, l'orientation vers le *futur* étant négativement associée aux stratégies émotionnelles négatives, nous aurions pu nous attendre à ce que cela soit associé à une diminution de l'intensité des symptômes dépressifs.

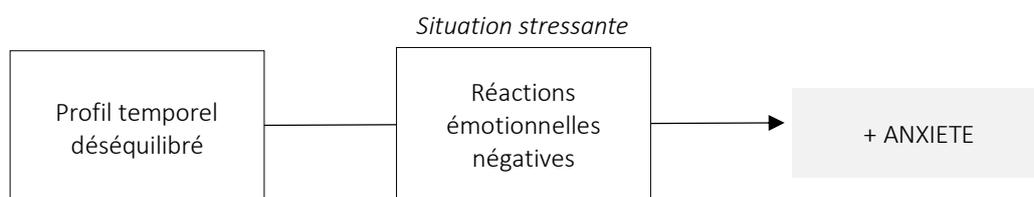
Cependant, les résultats mettent en évidence que le coping ne médiatise pas la relation entre la perspective temporelle et les symptômes dépressifs. En d'autres termes, l'impact potentiel du profil temporel sur les symptômes dépressifs ne pourrait pas se comprendre au regard de l'impact du profil temporel sur les stratégies de coping. Ces éléments soulignent que les stratégies de coping ne permettraient pas d'expliquer le lien entre le profil temporel et les symptômes dépressifs, mis en évidence dans les résultats de l'axe 1.

Toutefois, nous observons un effet médiateur du coping centré sur l'émotion dans la relation entre la DBTP et l'anxiété-trait.

En d'autres termes, plus les individus ont un profil temporel déséquilibré, plus ils vont avoir tendance à réagir aux situations stressantes par des réactions émotionnelles négatives, ce qui va être associé au fait d'expérimenter davantage de symptômes anxieux au quotidien.

Ainsi, un profil temporel déséquilibré pourrait favoriser l'anxiété du fait qu'il favoriserait l'utilisation de stratégies émotionnelles négatives face aux situations stressantes (voir **figure 16**). En effet, nous pouvons imaginer que le fait de réagir par des émotions négatives face aux situations stressantes, au détriment d'une résolution de problème, ne permettrait pas à l'individu de se sentir en capacité de gérer les situations à venir, et aboutirait par anticipation et généralisation à une tendance plus stable à être anxieux au quotidien.

**Figure 16.** Rôle médiateur du coping centré sur l'émotion dans la relation entre DBTP et anxiété-trait.



### 1.3.3. Conclusion, limites et perspectives

Ces résultats soulignent l'intérêt de prendre en compte toutes les dimensions temporelles pour mieux appréhender le fonctionnement adaptatif, notamment dans le contexte de la dépression.

Dans l'ensemble, les résultats suggèrent ainsi que le *passé négatif* et le *présent fataliste*, ne permettant pas de se sentir efficace face à la situation, diminueraient la tendance à chercher à modifier les situations stressantes, et augmenteraient la tendance à y réagir avec des émotions négatives et désengageantes qui risqueraient, à terme, d'accroître la détresse psychologique à la manière d'un cercle vicieux.

Ces éléments sont cohérents avec les résultats des études sur le lien entre perspective temporelle et personnalité, qui mettent en évidence que le *passé négatif* et le *présent fataliste* sont associés positivement à une tendance à expérimenter des affects négatifs, et négativement à la tendance à s'orienter vers des buts (Kairys & Liniauskaite, 2015 dans Stolarski et al., 2015 ; Kairys, 2010).

A l'inverse, l'orientation vers le *futur*, associée à un meilleur sentiment d'efficacité (Luszczynska et al., 2004 ; Epel et al., 1999), permettrait de se sentir davantage en mesure de gérer la situation et augmenterait la tendance à agir concrètement et à tenter de la modifier. En effet, dans la littérature, l'orientation vers le *futur* est associée à l'orientation vers des buts, à l'auto-discipline et à la détermination (Kairys & Liniauskaite, 2015 dans Stolarski et al., 2015 ; Kairys, 2010).

Cependant, cette étude comporte plusieurs limites. D'une part, les résultats obtenus sur la base de notre design transversal ne permettent pas de formuler de conclusion quant à la relation causale entre perspective temporelle et coping. Toutefois, les hypothèses de causalité auxquelles nous conduisent ces résultats s'appuient sur les définitions théoriques des concepts étudiés ; la perspective temporelle étant souvent conceptualisée comme une variable relativement stable et dispositionnelle, et le coping comme une variable dynamique (Bruchon-Schweitzer, 2001 ; Paulhan, 1992). Ces éléments ont étayé le choix de nos modèles de prédiction, et nous conduisent à envisager un impact de la perspective temporelle sur les stratégies de coping des patients déprimés, ce qui nécessitera d'être confirmé ultérieurement par des études longitudinales.

D'autre part, l'outil utilisé pour mesurer le coping, le CISS, ne permet d'évaluer que trois types généraux de coping : le coping centré sur la tâche, le coping centré sur l'émotion, et

le coping centré sur l'évitement (ainsi que ses sous dimensions *distraction* et *diversion sociale*). L'utilisation d'un outil permettant d'évaluer un panel plus large et détaillé de stratégies de coping, tel que le Brief COPE (Carver, 1997), pourrait être intéressant afin d'investiguer le lien que les dimensions de la perspective temporelle entretiennent avec des stratégies de coping plus spécifiques. Cela permettrait notamment de s'intéresser à des stratégies émotionnelles autres que celles orientés vers les émotions négatives, comme la recherche de soutien émotionnel, l'acceptation, ou la réinterprétation positive ; qui ne sont pas représentées dans la mesure du coping émotionnel du CISS.

Enfin, il est intéressant de souligner que le *passé positif* et le *présent hédoniste* ne prédisent pas significativement l'utilisation des stratégies de coping centrées sur la tâche ou sur l'émotion ; de la même façon que ces mêmes dimensions n'étaient pas associées aux symptômes dépressifs et n'évoluaient pas significativement après thérapie.

A nouveau, ces résultats tendent à suggérer que le *passé positif* et le *présent hédoniste* ne seraient pas significativement impliqués dans le fonctionnement dépressif, et notamment ici dans le fonctionnement adaptatif des patients déprimés ; et ne seraient pas nécessairement les cibles thérapeutiques les plus pertinentes pour améliorer le fonctionnement adaptatif au sein de cette population.

Nous pouvons néanmoins souligner que le *présent hédoniste* prédit significativement l'utilisation de stratégies de diversion sociale (coping *évitement*).

En effet, le *présent hédoniste* reflète une attitude centrée sur le présent et le plaisir immédiat, avec une faible considération pour les conséquences futures (Zimbardo & Boyd, 1999, 2008 ; Boniwell & Zimbardo, 2004). Il est ainsi cohérent que l'orientation vers cette dimension soit associée à une tendance à se désengager de la situation en se distrayant par des activités plaisantes (ici, sociales). En effet, dans la littérature, le *présent hédoniste* est associé à une tendance à être plus sociable et extraverti, et à s'orienter vers des stratégies de coping centrées sur autrui (Kaya Lefèvre et al., 2019 ; Kairys & Liniauskaite, 2015 dans Stolarski et al., 2015 ; Kairys, 2010).

Ces éléments vont dans le sens des considérations de Zimbardo et Boyd (1999), selon lesquelles un profil optimal serait orienté modérément vers cette dimension car celle-ci permettrait d'expérimenter des affects positifs et de s'orienter vers autrui, mais serait également associée à des issues plus négatives (manque de considération envers le futur, utilisation de substances, impulsivité, prise de risque) (Zimbardo & Boyd, 1999 ; Zimbardo et al., 1997 ;

Rothspan & Read, 1996 ; Strathman et al., 1994)

Le *présent hédoniste* apparaîtrait ainsi comme une dimension fonctionnelle dans une moindre mesure, à intensité modérée lorsqu'elle est contrebalancée par l'orientation vers le *futur*, et pouvant être bénéfique pour le bien-être à court-terme ou face à des situations incontrôlables ; mais cette dimension ne permettrait pas de se confronter à la situation problème.

### Synthèse : discussion de l'axe 3 - perspective temporelle et coping

- Les résultats mettent en évidence qu'une **vision négative du passé** et une **attitude fataliste et résignée** sont associées à des **stratégies de coping centrées sur les émotions négatives**. De plus, une vision négative du passé est associée à une moindre tendance à chercher à modifier directement la situation problème.
- Le rôle du *passé négatif* pourrait ici se comprendre au regard de son implication dans le sentiment d'efficacité, par le rappel de situations antérieures sous l'angle de l'échec, qui sont généralisées jusqu'à aboutir à un sentiment général de ne pas être compétent et en capacité de faire face.
- A l'inverse, le fait d'être **orienté vers le futur** permettrait de se sentir davantage en mesure de gérer et modifier la situation, et augmenterait alors la **tendance à s'orienter vers des stratégies de coping visant à résoudre le problème**. Ainsi, les individus orientés vers le futur chercheraient moins à éviter la situation stressante.
- Un **profil temporel équilibré**, proche du profil temporel optimal, favoriserait l'utilisation de stratégies de coping fonctionnelles, **centrées sur la modification et la gestion de la situation**, et est associé à **de moindres réactions émotionnelles négatives** face aux situations stressantes.
- En revanche, **la vision positive du passé et l'attitude hédoniste n'apparaissent pas associées au coping centré sur la tâche ou sur l'émotion**, ce qui indique à nouveau qu'il pourrait s'agir de dimensions temporelles moins pertinentes à cibler thérapeutiquement afin d'améliorer le fonctionnement adaptatif de patients déprimés.
- Le *présent hédoniste* serait associé à une tendance à éviter la situation stressante, mais favoriserait également l'orientation vers des activités sociales, pouvant être fonctionnelles à court-terme ou lors de situations incontrôlables et favoriser les émotions positives.
- **Des études longitudinales sont nécessaires** pour formuler une conclusion quant à la relation causale entre coping et perspective temporelle, **et un outil de mesure du coping investiguant des stratégies plus spécifiques** pourrait permettre d'éclairer encore davantage le rôle de la perspective temporelle dans le fonctionnement adaptatif.



## 1.4. Perspective temporelle et schémas précoces inadaptés

### 1.4.1. Quel rôle du rapport au passé et de la résignation dans le sentiment de confiance envers soi et envers autrui ?

Dans l'ensemble, les résultats observés vont dans le sens de nos hypothèses. En effet, le *passé négatif* et le *présent fataliste* sont associés positivement à des schémas liés à une carence dans le manque d'autonomie, dans la valeur personnelle, et dans le lien à l'autre. En d'autres termes, le *passé négatif* et le *présent fataliste* semblent associés à une perception négative et insécurisante de soi et des relations aux autres.

Plus spécifiquement, le fait d'avoir une vision négative du passé est associé au fait de se percevoir comme plus vulnérable (*vulnérabilité*), moins en contrôle (*peur de perdre le contrôle*), de penser que les autres vont nous abandonner (*abandon*) et nous rejeter (*indésirabilité sociale*).

Le fait d'avoir une attitude fataliste de résignation est également associé au fait de se percevoir comme plus vulnérable, moins en contrôle, et susceptible d'être abandonné par les autres ; mais également au fait de se percevoir comme coupable (*culpabilité*), incapable de s'en sortir par soi-même (*dépendance*), incapable d'être aimé (*impossibilité d'être aimé*) et recevant peu d'affection (*déprivation affective*).

Ces résultats vont dans le sens des hypothèses que nous avons précédemment formulées concernant la vision négative du passé. Les individus avec une vision négative du passé rappelleraient préférentiellement et généraliseraient les expériences négatives (Addis et al., 2016 ; Anderson & Evans, 2014 ; Belsung et al., 2014 ; Dalglish et al., 2007 ; Dickson & Bates, 2006). Cela pourrait alors conduire à des croyances globales (Beck, 1976), impactant négativement l'image de soi et le rapport aux autres (« *j'ai toujours échoué* », « *on m'a toujours abandonné* ») et aboutissant ainsi à une vision négative absolue de soi et des relations (« *je suis incompetent* », « *on m'abandonnera toujours* »).

A l'inverse, les résultats mettent en évidence que le fait d'avoir une vision positive du passé est associé négativement à des schémas d'échec, de rejet, de culpabilité, de honte, de méfiance envers autrui, d'impossibilité d'être aimé, de déprivation affective, et d'isolement social. Ainsi, nous pourrions envisager que le fait de pouvoir s'appuyer sur des expériences antérieures positives permettrait de se sentir davantage confiant dans le lien à l'autre, d'avoir le sentiment que les besoins affectifs sont davantage comblés, et d'avoir une perception plus

positive et compétente de soi-même.

En effet, dans la littérature, le *passé positif* est notamment corrélé avec l'estime de soi (Zimbardo & Boyd, 1999), la satisfaction de vie (Zhang et al., 2012), et le bonheur subjectif (Zhang et al., 2012 ; Drake et al., 2008), alors que le *passé négatif* est négativement corrélé avec ces mêmes variables. De plus, les études sur la personnalité ont mis en évidence que la vision négative du passé est associée à une tendance à moins s'orienter vers autrui, alors qu'une vision positive du passé est associée au fait d'être plus social et plus altruiste (Kairys & Liniauskaite, 2015 dans Stolarski et al., 2015 ; Zhang & Howell, 2011 ; Dunkel & Weber, 2010 ; Kairys, 2010 ; van Beek et al., 2010 ; Adams & Nettle, 2009 ; Zimbardo & Boyd, 1999).

A nouveau, ces résultats peuvent notamment se comprendre au regard du rôle que la vision du passé peut jouer dans le sentiment d'identité (Stolarski et al., 2015 ; Zimbardo & Boyd, 1999) et le sentiment d'efficacité (Bandura, 1997) : la capacité à s'appuyer ou non sur des expériences antérieures positives pourrait impacter l'image de soi, et la confiance vis-à-vis de soi et des autres.

#### **1.4.2. L'orientation vers le futur : double-valence entre sentiment de contrôle et exigence excessive, et considérations méthodologiques**

Au niveau corrélationnel, l'orientation vers le *futur* est associée négativement aux schémas liés à une image dévalorisante de soi (*indésirabilité sociale, échec, culpabilité, honte*), au sentiment de manque de contrôle, d'être abandonné par les autres, et d'être isolé socialement. Le fait d'être orienté vers le futur est également associé positivement à des standards intransigeants sur soi, et négativement au schéma *droits et limites insuffisantes*.

Dans l'ensemble, ces résultats suggèrent que l'orientation vers le *futur* serait liée à une perception moins négative de soi, au fait de se sentir davantage en contrôle, à la capacité à se poser un cadre et des limites, mais également au fait d'être trop exigeant envers soi-même et d'avoir des standards exigeants et rigides quant à la réussite.

Ces éléments vont dans le sens des considérations de Zimbardo & Boyd (1999) quant à l'importance de l'équilibre du profil temporel : une orientation modérée vers le futur, contrebalancée par une capacité à profiter du moment présent, aurait des issues positives (confiance en soi, sentiment de maîtrise). Cependant, une centration excessive envers le futur serait moins fonctionnelle (centration excessive sur le travail et la réussite, dureté envers soi-même).

Néanmoins, nous observons que l'orientation vers le *futur* n'est plus associée aux schémas précoces inadaptés (à l'exception du schéma *standards intransigeants*) dans nos modèles de régression qui intègrent d'autres dimensions temporelles. Ainsi, nous pouvons supposer que le rôle de l'orientation vers le *futur* dans les schémas précoces inadaptés serait moindre en comparaison de celui du passé (*négatif* et *positif*), et du *présent fataliste*.

Comme nous l'avons expliqué précédemment, la dimension *futur* du ZTPI se focalise sur la planification, la poursuite d'objectifs et la résolution de problème. Ainsi, l'orientation vers le *futur* renvoie ici moins à des croyances sur soi et sur le monde, contrairement aux autres dimensions temporelles, mais plus à des stratégies, des comportements ; et cette dimension présente ainsi moins de similitudes avec les schémas précoces inadaptés. Le fait de s'orienter vers la planification et vers des objectifs pourrait davantage être envisagé comme une conséquence de la perception de soi et du monde, et moins comme un facteur pouvant impacter ces croyances. Pour ces raisons, il serait intéressant d'investiguer, par un protocole longitudinal, l'impact des schémas inadaptés, de la vision du passé et du fatalisme sur l'orientation vers le *futur* telle qu'elle est conceptualisée dans le ZTPI.

Nous pouvons également envisager qu'une mesure des croyances envers le futur (pessimisme, espoir...), et non pas des comportements orientés vers le futur, pourrait davantage prédire les scores aux schémas précoces inadaptés que la mesure du futur permise par le ZTPI.

### **1.4.3. Rôle médiateur des schémas précoces inadaptés dans la relation entre perspective temporelle et symptômes anxieux et dépressifs**

Les résultats précédents ont mis en évidence que le *passé négatif* et le *présent fataliste* sont dans l'ensemble associés à des SPI correspondant à des représentations négatives et insécurisantes de soi et des autres. Ces représentations et croyances négatives pourraient constituer une vulnérabilité aux symptômes dépressifs : la littérature a en effet mis en évidence que les SPI sont associés à la sévérité des symptômes dépressifs, prédisent les symptômes dépressifs futurs, entraînent des cognitions et affects négatifs, une faible estime de soi, et pourraient contribuer aux troubles dépressifs (Orue, Calvete & Padilla, 2014 ; Darvishi et al., 2012 ; Cormier et al., 2011 ; Calvete et al., 2005 ; Riso & al., 2003 ; Glaser et al., 2002 ; Welburn et al., 2002 ; Petrocelli et al., 2001 ; Stopa et al., 2001 ; Young, 1990 ; Beck, 1964).

Ainsi, nous pouvons nous demander si le lien entre perspective temporelle et dépression ne serait pas fonction du lien entre perspective temporelle et schémas précoces inadaptés. Des analyses complémentaires de médiation ont alors été réalisées dans l'objectif d'investiguer le rôle médiateur des SPI dans la relation entre perspective temporelle et symptômes dépressifs ; cela afin de mieux comprendre par quels mécanismes le profil temporel pourrait potentiellement impacter la dépression.

Toutefois, comme pour les analyses de médiation impliquant les stratégies de coping, aucune hypothèse n'avait été proposée en amont concernant le sens des résultats.

Nous observons que le schéma *isolement social* médiatise la relation entre les scores de DBTP et la dépression. En d'autres termes, le fait d'avoir un profil temporel plus déséquilibré conduirait davantage au sentiment d'être isolé socialement, ce qui augmenterait le fait d'expérimenter des symptômes dépressifs.

En revanche, aucun autre effet médiateur des SPI n'est observé dans la relation entre perspective temporelle et symptômes anxieux et dépressifs. Ainsi, dans l'ensemble, l'impact potentiel du profil temporel sur les symptômes dépressifs et anxieux ne peut pas se comprendre au regard du lien que la perspective temporelle entretient avec les schémas précoces inadaptés.

#### **1.4.4. Conclusion, limites et perspectives**

Dans l'ensemble, les résultats obtenus suggèrent qu'une vision négative du passé et une attitude fataliste de résignation seraient associés à une représentation négative, dévalorisante et insécurisante de soi, mais également des relations sociales.

Cela pourrait impacter négativement l'estime de soi et le sentiment d'efficacité, et influencer la façon de réagir dans la situation présente, notamment par l'utilisation de stratégies émotionnelles négatives comme le suggèrent les résultats précédents concernant le coping.

A l'inverse, le fait d'avoir une vision positive du passé est associé à une représentation plus positive de soi, et plus confiante dans le lien à l'autre.

Ces éléments appuient l'idée selon laquelle le rapport au passé serait impliqué dans la construction de l'identité (Bandura, 1997) ; et par l'intermédiaire de la capacité à s'appuyer sur des expériences antérieures positives, impacterait la vision du monde, de la situation présente, et la façon d'y réagir.

A nouveau, les résultats obtenus sur la base de notre design transversal ne permettent pas de conclure quant à la relation causale entre perspective temporelle et schémas précoces inadaptés.

Cette limite est d'autant plus importante à souligner ici, car contrairement aux stratégies de coping, les schémas précoces inadaptés sont considérés comme relativement stables dans le temps, et mis en place dès l'enfance ; comme c'est également le cas de la conceptualisation de la perspective temporelle.

Il est ainsi plus difficile de proposer des hypothèses théoriques de causalité à partir des résultats obtenus :

- Nous pourrions envisager qu'une vision négative du passé et une attitude fataliste de résignation impactent négativement la représentation de soi et des autres.
- A l'inverse, nous pouvons aussi envisager que des croyances négatives sur soi et sur le monde contribuent à construire un profil temporel plus dysfonctionnel.

De plus, nous pouvons également supposer que la perspective temporelle ainsi que les schémas précoces se développent ensemble dès l'enfance, à partir des expériences de vie, et interagissent mutuellement tout au long de la vie.

Des études proposant un design longitudinal seraient ainsi nécessaires pour statuer quant aux dynamiques de causalité entre ces deux variables.

Il pourrait être particulièrement intéressant de mieux comprendre la dynamique qui se joue entre ces deux variables. En effet, les schémas précoces inadaptés sont connus pour être impliqués dans de nombreux troubles psychopathologiques, et sont considérés comme difficiles à modifier au décours d'une thérapie. Ainsi, déterminer si le fait de travailler sur les biais temporels négatifs peut à terme assouplir les schémas précoces inadaptés pourrait apporter de réelles perspectives thérapeutiques.

### Synthèse : discussion de l'axe 3 - perspective temporelle et schémas précoces inadaptés

- Les résultats mettent en évidence qu'une **vision négative du passé et une attitude fataliste et résignée** sont associés à une **représentation négative et insécurisante de soi et des relations sociales** : sentiment d'être vulnérable, incompetent, de manquer de contrôle, d'être abandonné et rejeté par les autres et de ne pas être aimé et apprécié par eux.
- A l'inverse, le fait d'avoir une **vision positive du passé** serait associé à une **représentation plus positive et sécurisante de soi et des autres** : moindre sentiment d'échec, de honte, de culpabilité et d'isolement, moindre méfiance envers autrui et moindre croyance de ne pas être aimé et apprécié des autres.
- Ces résultats suggèrent que la capacité à s'appuyer ou non sur des expériences antérieures positives quant aux réussites et aux relations sociales pourrait jouer un rôle dans les croyances et les représentations vis-à-vis de soi-même et des autres.
- Une vision négative du passé pourrait ainsi conduire, par généralisation de ces expériences, à une vision absolue et négative qui impacterait négativement l'estime de soi, le sentiment de capacité, et le rapport aux autres. Tandis qu'une vision positive du passé permettrait de se sentir davantage confiant dans le lien à l'autre, d'avoir le sentiment que les besoins affectifs sont davantage comblés, et d'avoir une perception plus positive et compétente de soi.
- Dans l'ensemble, **l'orientation vers le futur** est liée à une **perception moins dévalorisante de soi, et à la capacité de se poser des limites et de se sentir compétent et en contrôle**. Cependant, l'orientation vers le *futur* serait également associée au fait d'avoir des **exigences trop élevées envers soi-même**.
- Dans la majorité des modèles de régression, les liens que l'orientation vers le *futur* entretenait avec les SPI disparaissent. **Cela suggère que l'orientation vers le futur serait moins associée aux croyances et représentations que le passé et le présent fataliste**. Il serait néanmoins intéressant d'investiguer le lien que les SPI entretiennent avec une mesure d'un futur qui prend en considération les notions de pessimisme et d'espoir.
- **Des études longitudinales sont nécessaires** pour déterminer la relation causale entre la perspective temporelle et les schémas précoces inadaptés ; d'autant plus que les aspects théoriques et conceptuels permettent ici difficilement de proposer des hypothèses de causalité quant à ces variables.

## SIXIEME PARTIE

---

### **Résultats et discussion de l'étude complémentaire (analyses en profils)**

---



# 1. Résultats de l'étude complémentaire

## 1.1. Analyses descriptives

L'étude complémentaire a été réalisée auprès de l'ensemble des participants de la population générale (N=319), étant donné le nombre important de participants que nécessitent les analyses concernées (analyses en cluster). Les caractéristiques de l'ensemble des participants de la population générale sur les différentes variables dépendantes mesurées, ainsi que la consistance interne de chaque variable (alphas de Cronbach,  $\alpha$ ) et les indices d'asymétrie (*skewness*) et d'aplatissement (*kurtosis*) sont présentées dans le **tableau 30**.

**Tableau 30.** Analyses descriptives, consistance interne et indice de dispersion et de distribution des scores de la population générale (n=319) (étude complémentaire)

	$\alpha$	Moyenne ( $\sigma$ )	Médiane	Etendue	KS (p)	S	K
BDI-13	.88	8.52 (0.89)	7.00	0-32	.000	1.03	0.72
STAI-Y A	.95	42.79 (13.22)	43.00	4-76	.162	0.10	-0.54
STAI-Y B	.93	39.91 (10.28)	40.00	18-63	.291	0.04	-0.75
ZTPI							
<i>Passé négatif</i>	.84	3.22 (0.87)	3.22	1.33-5.00	.409	-0.04	-0.62
<i>Passé positif</i>	.80	3.14 (0.80)	3.13	1.00-5.00	.291	-0.07	-0.49
<i>Présent fataliste</i>	.68	2.65 (0.64)	2.56	1.22-4.44	.072	0.25	0.27
<i>Présent hédoniste</i>	.84	3.39 (0.63)	3.40	1.60-5.00	.424	-0.11	0.02
<i>Futur</i>	.75	3.27 (0.59)	3.31	1.46-4.85	.148	-0.18	0.03
DBTP		2.76 (0.89)	2.69	0.76-5.55	.704	0.30	-0.17
CISS							
<i>Coping tâche</i>	.93	49.90 (11.96)	51.00	15-75	.200	-0.39	-0.10
<i>Coping émotion</i>	.91	47.15 (12.88)	47.00	17-75	.370	-0.27	-0.46
<i>Coping évitement</i>	.83	45.61 (11.82)	46.00	18-75	.597	-0.08	-0.49
<i>Evitement : distraction</i>	.76	22.00 (6.83)	22.00	8-38	.229	0.09	-0.70
<i>Evitement : diversion sociale</i>	.83	15.99 (5.36)	16.00	5-25	.025	-0.24	-0.74
YSQ							
<i>Dépendance</i>	.83	2.53 (1.14)	2.33	1-6	.000	0.14	0.27
<i>Manque d'individuation</i>	.85	3.01 (0.95)	2.93	1-6	.119	0.43	-0.44
<i>Vulnérabilité à l'inconnu</i>	.85	2.66 (1.08)	2.55	1-6	.055	0.58	-0.20
<i>Peur de perdre le contrôle de soi</i>	.82	2.45 (1.13)	2.13	1-6	.000	0.71	-0.28
<i>Déprivation affective</i>	.92	2.23 (1.21)	1.89	1-6	.000	0.14	0.27
<i>Abandon</i>	.81	3.08 (1.32)	2.83	1-6	.013	0.41	-0.73
<i>Méfiance</i>	.89	2.54 (1.14)	2.30	1-6	.002	0.74	-0.09
<i>Isolement social</i>	.90	2.73 (1.51)	2.40	1-6	.000	0.59	-0.81
<i>Impossibilité d'être aimé</i>	.90	2.27 (1.43)	1.60	1-6	.000	1.06	0.03
<i>Indésirabilité sociale</i>	.85	2.07 (1.07)	1.71	1-6	.000	1.16	0.72
<i>Echec</i>	.93	1.81 (1.03)	1.44	1-6	.000	1.77	3.11
<i>Culpabilité/punition</i>	.86	2.02 (1.03)	1.75	1-6	.000	1.19	1.17
<i>Honte/embarras</i>	.86	2.37 (1.36)	1.80	1-6	.000	0.86	-0.32
<i>Standards intransigeants</i>	.91	3.16 (1.26)	3.00	1-6	.031	0.30	-0.71
<i>Droits/limites insuffisantes</i>	.84	2.93 (1.19)	2.75	1-6	.087	0.45	-0.48

S = skewness (indice d'asymétrie) ; K = kurtosis (indice d'aplatissement) ; KS = test de Kolomogorov-Smirnov

BDI-13 : Short version of the Beck Depression Inventory ; STAI A : State Anxiety Inventory ; STAI B : Trait Anxiety Inventory ; ZTPI : Zimbardo Time Perspective Inventory ; DBTP : Deviation from Balanced Time Perspective ; CISS : Coping Inventory for Stressful Situations ; YSQ : Young Schema Questionnaire

### 1.1.1. Dépression et d'anxiété

#### 1.1.1.1. Dispersion et distribution des scores de dépression et d'anxiété

Au sein de l'ensemble de la population générale, la distribution d'effectifs (médiane) et la distribution des scores (moyenne) sont proches l'une de l'autre pour l'anxiété-trait et l'anxiété-état, indiquant une répartition relativement symétrique des données. En revanche, la médiane et la moyenne sont davantage éloignées concernant les scores de dépression, indiquant une répartition potentiellement asymétrique des données. Pour ces trois variables, l'écart-type ne représente pas plus de 50% de la moyenne.

L'indice d'asymétrie (*skewness*) est très proche de 0 pour les scores d'anxiété-trait, ce qui indique une dispersion symétrique des valeurs autour de la moyenne. En revanche, le coefficient d'asymétrie est supérieur à 0 pour les scores d'anxiété-état et de dépression, indiquant une répartition négative : les valeurs inférieures à la moyenne sont plus fréquentes que les valeurs supérieures.

Le coefficient d'aplatissement (*kurtosis*) pour ces trois variables est compris entre -2 et +2, indiquant une distribution de type mésokurtique qui n'est ni particulièrement écrasée, ni particulièrement étirée.

La valeur du p du test de Kolmogorov-Smirnov est supérieure à .05 pour les scores d'anxiété-état et d'anxiété-trait, permettant de conserver l'hypothèse d'une distribution normale des données. En revanche, le test se révèle significatif ( $p < .05$ ) pour les scores de dépression : l'hypothèse d'une distribution normale est rejetée.

#### 1.1.1.2. Fiabilité et description des scores d'anxiété et de dépression

Les alphas de Cronbach calculés sont de  $\alpha = .88$  pour la dépression,  $\alpha = .95$  pour l'anxiété-état, et  $\alpha = .93$  pour l'anxiété-trait. Ainsi, la consistance interne est bonne pour chacune de ces trois variables.

Les 319 participants de la population générale ont dans l'ensemble un score de dépression moyen de 8.52 ( $\sigma = 0.89$ ), ce qui correspond à une dépression d'intensité modérée. Cependant, nous observons une très large étendue (0-32) de la répartition des scores à l'échelle de dépression.

Plus précisément, 87 participants (27.27%) ont des scores inférieurs à 4, correspondant à l'absence de dépression. Quarante-vingts participants (25.08%) ont des scores indiquant une *dépression légère* (entre 4 et 7), 108 participants (33.86%) ont des scores indiquant une

**dépression modérée** (entre 8 et 15), et 44 participants (13,79%) ont des scores indiquant une **dépression sévère** (16 et plus) ; selon les seuils de gravité proposés par Beck et Beamesderfer (1974).

Les participants ont un score moyen de 42.79 ( $\sigma=13,22$ ) à l'anxiété-état, et 39.91 ( $\sigma=10,28$ ) à l'anxiété-trait, ce qui indique, selon les normes de la version française, des niveaux faibles d'anxiété (inférieurs à 45).

Plus précisément, concernant l'anxiété-état, 173 participants (54,23%) présentent une anxiété faible (inférieur à 45), 88 participants (27,59%) présentent une anxiété moyenne (entre 45 et 55), 42 participants (13,17%) présentent une anxiété élevée (entre 56 et 65), et 16 participants (5,02%) présentent une anxiété très élevée (supérieur à 65). Concernant l'anxiété-trait, aucun d'entre eux ne présente une anxiété faible, 209 participants (65,62%) présentent une anxiété moyenne, 90 participants (28,21%) présentent une anxiété élevée, et 20 participants (6,27%) présentent une anxiété très élevée.

## 1.1.2. Perspective temporelle et DBTP

### 1.1.2.1. Dispersion et distribution des scores de perspective temporelle et de DBTP

Pour l'ensemble des dimensions de la perspective temporelle, la médiane et la moyenne sont très proches, indiquant une répartition relativement symétrique des données. De plus, pour les cinq dimensions ainsi que pour la DBTP, l'écart-type ne représente pas plus de 50% de la moyenne ; nous pouvons donc supposer l'absence de données atypiques.

L'indice de symétrie est très proche de 0 pour le *passé négatif* et le *passé positif*, indiquant une bonne symétrie de la distribution. En revanche, nous observons une asymétrie positive pour le *présent hédoniste* et le *futur*, et une asymétrie négative pour le *présent fataliste* et les scores de DBTP.

Le coefficient d'aplatissement est compris entre -2 et +2 pour l'ensemble des dimensions de la perspective temporelle ainsi que pour les scores de DBTP. La distribution est ainsi mésokurtique.

La valeur du p du test de Kolomogorov-Smirnov est supérieure à .05 pour l'ensemble des dimensions de la perspective temporelle ainsi que pour les scores de DBTP, permettant de conserver l'hypothèse d'une distribution normale des données.

### 1.1.2.2. Fiabilité et description des scores de perspective temporelle

La consistance interne est bonne pour l'ensemble des dimensions de perspective temporelle : les résultats indiquent les valeurs suivantes pour les alphas de Cronbach calculés :  $\alpha=.84$  pour le *passé négatif*,  $\alpha=.80$  pour le *passé positif*,  $\alpha=.68$  pour le *présent fataliste*,  $\alpha=.84$  pour le *présent hédoniste*, et  $\alpha=.75$  pour l'orientation vers le *futur*.

Les scores moyens sur les cinq sous-échelles du ZTPI sont ordonnés hiérarchiquement de la façon suivante : *présent hédoniste* (3,39,  $\sigma=0,63$ ), *futur* (3,27,  $\sigma=0,59$ ), *passé négatif* (3,22,  $\sigma=0,87$ ), *passé positif* (3,14,  $\sigma=0,80$ ) et *présent fataliste* (2,65,  $\sigma=0,64$ ). Le score moyen de DBTP est de 2,76 ( $\sigma=0,89$ ).

### 1.1.3. Dimensions de coping

#### 1.1.3.1. Dispersion et distribution des scores de coping

La distribution d'effectifs (médiane) et la distribution des scores (moyenne) sont proches l'une de l'autre l'ensemble des dimensions de coping, ce qui suggère une répartition relativement symétrique des données. De plus, pour chacune des dimensions du coping, l'écart-type représente moins de 50% de la moyenne, ce qui suggère qu'il n'y a pas de données atypiques.

Les indices de symétrie du coping centré sur l'évitement et de la sous-dimension *distraction* sont proches de 0, indiquant une répartition symétrique des scores autour de la moyenne. En revanche, il est inférieur à 0 pour le coping centré sur la tâche, centré sur l'émotion, et la sous-dimension *diversion sociale* ; ce qui indique une asymétrie positive (les valeurs supérieures à la moyenne sont moins fréquentes).

Le coefficient d'aplatissement est compris entre -2 et +2 pour chacune des dimensions, la distribution est ainsi qualifiée de mésokurtique (ni écrasée, ni en pointe).

De plus, la valeur du p du test de Kolmogorov-Smirnov est supérieure à .05 pour l'ensemble des dimensions, à l'exception de la sous-dimension *diversion sociale* (l'hypothèse d'une distribution normale des données est donc rejetée pour cette dimension).

### 1.1.3.2. Fiabilité et description des scores de coping

Les résultats indiquent les valeurs suivantes pour les alphas de Cronbach calculés :  $\alpha=.93$  pour le coping orienté vers la tâche,  $\alpha=.91$  pour le coping orienté vers l'émotion, et  $\alpha=.83$  pour le coping orienté vers l'évitement. Plus spécifiquement, concernant les sous-dimensions du coping orienté vers l'évitement, les alphas de Cronbach sont les suivants :  $\alpha=.76$  pour la distraction et  $\alpha=.83$  pour la diversion sociale. Ainsi, la consistance interne est satisfaisante pour l'ensemble des dimensions.

En moyenne, les stratégies orientées vers la tâche sont les plus utilisées ( $m=49,90$ ,  $\sigma=11,96$ ), suivi des stratégies orientées vers l'émotion ( $m=47,15$ ,  $\sigma=12,88$ ) puis des stratégies orientées vers l'évitement ( $m=45,61$ ,  $\sigma=11,82$ ).

### 1.1.4. Schémas précoces inadaptés

#### 1.1.4.1. Dispersion et distribution des scores de schémas précoces inadaptés

La médiane et la moyenne sont relativement proches l'une de l'autre pour les dimensions de l'YSQ, à l'exception des dimensions *déprivation affective*, *abandon*, *impossibilité d'être aimé*, *indésirabilité sociale*, *culpabilité/punition* et *honte/embarras*.

Pour les dimensions *déprivation affective*, *isolement social*, *impossibilité d'être aimé*, *indésirabilité sociale*, *culpabilité/punition* et *honte/embarras*, l'écart-type représente plus de 50% de la moyenne, ce qui suggère la présence potentielle de données atypiques.

L'indice de symétrie est supérieur à 0 pour l'ensemble des dimensions, nous observons une asymétrie négative. De plus, le coefficient d'aplatissement est compris entre -2 et +2 l'ensemble des dimensions de l'YSQ (distribution mésokurtique), à l'exception de la dimension échec, pour laquelle la distribution est qualifiée de leptokurtique ( $K>2$ ).

La valeur du p au test de Kolmogorov-Smirnov est inférieure à .05 pour l'ensemble des dimensions, à l'exception des dimensions *manque d'individuation*, *vulnérabilité à l'inconnu* et *droits/limites insuffisantes* ; l'hypothèse d'une distribution normale peut être conservée pour ces dimensions uniquement.

### 1.1.4.2. Fiabilité et description des scores de schémas précoces inadaptés

Les résultats indiquent des alphas de Cronbach allant de  $\alpha=.83$  à  $\alpha=.93$ , la consistance interne est ainsi bonne pour l'ensemble des dimensions. Le détail des coefficients de fiabilité sont disponibles dans le **tableau 30**.

Les scores moyens aux différents schémas précoces inadaptés sont ordonnés de la façon suivante : *standards intransigeants* ( $m=3,16$ ,  $\sigma=1,26$ ), *abandon* ( $m=3,08$ ,  $\sigma=1,32$ ), *manque d'individuation* ( $m=3,01$ ,  $\sigma=0,95$ ), *droits/limites insuffisantes* ( $m=2,93$ ,  $\sigma=1,19$ ), *isolement social* ( $m=2,73$ ,  $\sigma=1,51$ ), *vulnérabilité à l'inconnu* ( $m=2,66$ ,  $\sigma=1,08$ ), *méfiance* ( $m=2,54$ ,  $\sigma=1,14$ ), *dépendance* ( $m=2,53$ ,  $\sigma=1,14$ ), *peur de perdre le contrôle de soi* ( $m=2,45$ ,  $\sigma=1,13$ ), *honte/embarras* ( $m=2,37$ ,  $\sigma=1,36$ ), *impossibilité d'être aimé* ( $m=2,27$ ,  $\sigma=1,43$ ), *déprivation affective* ( $m=2,23$ ,  $\sigma=1,21$ ), *indésirabilité sociale* ( $m=2,07$ ,  $\sigma=1,07$ ) et *culpabilité/punition* ( $m=2,02$ ,  $\sigma=1,03$ ).

### 1.1.5. Variables socio-démographiques et médico-psychologiques

Au sein de l'ensemble des participants de la population générale, les femmes ( $n=277$ ) ont des scores significativement plus élevés de dépression ( $Z=-3,35$ ,  $p=.001$ ), d'anxiété-état ( $t=-2,74$ ,  $p=.007$ ) et d'anxiété-trait ( $t=-3,25$ ,  $p=.001$ ), de *présent fataliste* ( $t=-2,16$ ,  $p=.032$ ), de coping centré sur l'émotion ( $t=-3,55$ ,  $p=.000$ ) et sur l'évitement ( $t=-2,94$ ,  $p=.004$ ) et notamment pour la sous-dimension *distraction* du coping centré sur l'évitement ( $t=-3,89$ ,  $p=.000$ ). Les femmes ont également des scores plus élevés aux dimensions *abandon* ( $Z=-2,15$ ,  $p=.032$ ) et *indésirabilité sociale* ( $Z=-2,28$ ,  $p=.023$ ) de l'YSQ que les participants masculins ( $n=42$ ).

Les analyses corrélationnelles indiquent que l'âge est corrélé significativement et négativement avec les scores de dépression ( $-.20$ ,  $p=.000$ ), d'anxiété-état ( $-.21$ ,  $p=.000$ ) et d'anxiété-trait ( $-.27$ ,  $p=.000$ ), avec le *passé négatif* ( $-.17$ ,  $p=.003$ ), le *passé positif* ( $-.19$ ,  $p=.001$ ), le coping orienté vers l'émotion ( $-.28$ ,  $p=.000$ ). L'âge est également corrélé négativement avec les dimensions suivantes de l'YSQ : *droits/limites insuffisantes* ( $-.18$ ,  $p=.002$ ), *vulnérabilité* ( $-.15$ ,  $p=.008$ ), *manque d'individuation* ( $-.16$ ,  $p=.006$ ), *dépendance* ( $-.22$ ,  $p=.000$ ), *peur de perdre le contrôle* ( $-.28$ ,  $p=.000$ ), *abandon* ( $-.22$ ,  $p=.000$ ), *méfiance* ( $-.17$ ,  $p=.002$ ), *isolement social* ( $-.12$ ,  $p=.026$ ), *impossibilité d'être aimé* ( $-.15$ ,  $p=.006$ ), *échec* ( $-.14$ ,  $p=.014$ ), *culpabilité* ( $-.21$ ,  $p=.000$ ), *honte* ( $-.23$ ,  $p=.000$ ), et *standards intransigeants* ( $-.22$ ,  $p=.000$ ).

L'âge est également corrélé significativement et positivement avec le coping orienté vers la tâche ( $.14$ ,  $p=.013$ ).

Cependant, nous observons que la grande majorité des corrélations significatives entre l'âge et les autres variables sont d'intensité faible, et nous pouvons supposer que le grand nombre de corrélations significatives est dû à l'effectif important de l'échantillon (n=319).

Les participants actuellement en relation conjugale (en couple, en concubinage, pacsés ou mariés) (n=168) ont des scores significativement supérieurs à ceux des participants célibataires (n=151) sur les scores d'anxiété-état, d'anxiété-trait, sur le coping orienté vers l'émotion, et la distraction, le coping orienté vers la tâche ( $t=2.95$ ,  $p=.000$ ), et significativement inférieurs pour la dimension *culpabilité* ( $t=-2.24$ ,  $p=.030$ ) des schémas précoces inadaptés. Aucune autre différence significative n'est observable sur les différentes variables dépendantes selon la situation conjugale ( $p>.05$ ).

Par ailleurs, aucune différence significative n'est observable sur l'ensemble des variables entre les participants actuellement en activité professionnelle (ou étudiants) et les participants sans activité professionnelle ( $p>.05$ ).

## 1.2. Analyses en clusters

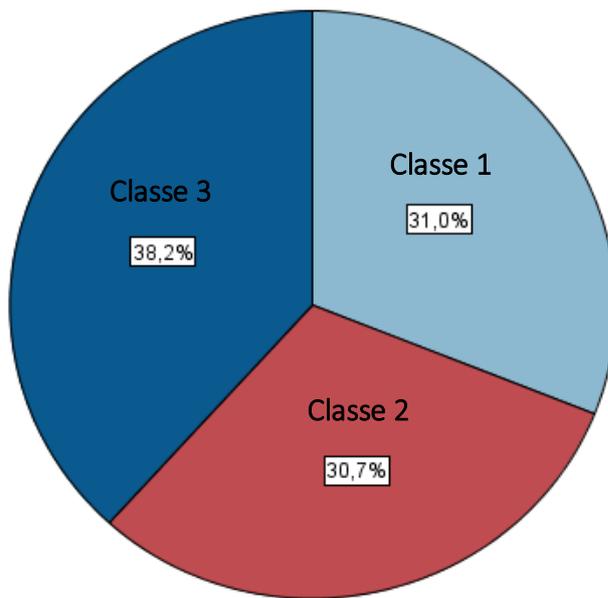
### 1.2.1. Construction des classes

Afin d'identifier des profils selon les scores de perspective temporelle, c'est-à-dire des groupements naturels selon la répartition aux cinq dimensions du ZTPI, l'analyse de cluster *Two-step* a été utilisée. Ce type d'analyse exploratoire permet entre autres de déterminer automatiquement le nombre de classe le plus adapté.

Les cinq dimensions de la perspective temporelle (*passé négatif*, *présent fataliste*, *passé positif*, *présent hédoniste*, *futur*) ont été introduites comme variables à partir desquelles seront identifiées les classes. Le critère de sélection Bayésien de Schwarz a été utilisé pour déterminer les différents clusters.

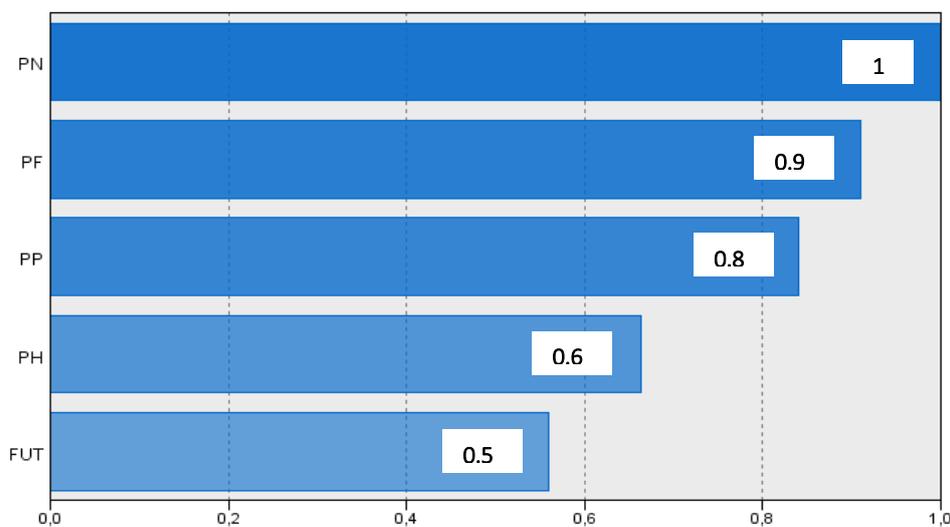
Ces analyses ont permis d'identifier trois classes, correspondant respectivement à 31% (n=99), 30,07% (n=98) et 38%% (n=122) de l'échantillon (voir **figure 17**). Le plus grand rapport des tailles est de 1,24 (rapport de la plus grande classe sur la plus petite classe). Les 319 participants sont ainsi correctement répartis entre les trois classes.

Figure 17. Taille des classes (analyse de cluster *Two-step*)



L'importance des valeurs prédites (IVP) permet de déterminer l'importance de chaque variable dans la constitution des classes, c'est-à-dire à quel point chaque variable a été utilisée pour déterminer les clusters. Dans notre modèle, nous observons que dans l'ensemble, toutes les dimensions de la perspective temporelle ont été utilisées afin de constituer les classes. Les trois dimensions les plus importantes, c'est-à-dire les plus utilisées pour constituer les clusters, sont le *passé négatif* (IVP=1), le *présent fataliste* (IVP=0.91) et le *passé positif* (IVP=0.84), alors que l'importance des variables *présent hédoniste* (IVP=0.66) et orientation vers le *futur* (IVP=0.56) est plus faible (voir **figure 18**).

Figure 18. Importance des valeurs prédites (analyse de cluster *Two-step*)



PN : *Passé Négatif* ; PF : *Présent Fataliste* ; PP : *Passé Positif* ; PH : *Présent Hédoniste* ;  
 FUT : *Orientation vers le futur*

## 1.2.2. Description des classes

Les analyses concernant la normalité, la distribution, la dispersion ainsi que la fiabilité (alpha de Cronbach) des scores de chaque variable pour chaque classe de cluster sont disponibles en annexe<sup>25</sup>

### 1.2.2.1. Description des scores de perspective temporelle

Dans un premier temps, les scores aux dimensions de la perspective temporelle de chaque classe ont été observés. Puis, dans un second temps, des ANOVA ont été réalisées pour chaque dimension de la perspective temporelle. Lorsqu'une différence significative était mise en évidence par les résultats de l'ANOVA, des tests post-hoc ont été conduits.

Des tests post-hoc paramétriques (test de *Bonferroni*) ont été utilisés lorsque les conditions étaient validées (normalité de la distribution, homogénéité des variances), afin d'effectuer des comparaisons deux à deux. Autrement, des post-hoc non-paramétriques ont été utilisées (le test de *Games-Howell*, qui a été choisi pour sa grande puissance statistique et son efficacité dans les échantillons de taille conséquente).

Les ANOVA ont permis de mettre en évidence des différences significatives entre les groupes sur l'ensemble des dimensions de la perspective temporelle : *passé négatif* ( $F=104.95$ ,  $p=.000$ ), *présent fataliste* ( $F=93.26$ ,  $p=.000$ ), *passé positif* ( $F=84.37$ ,  $p=.000$ ), *présent hédoniste* ( $F=63.48$ ,  $p=.000$ ), et orientation vers le *futur* ( $F=52.09$ ,  $p=.000$ )

Les participants de la **classe 1** ont en moyenne des scores élevés de *passé négatif* ( $m=3.99$ ,  $\sigma=0.63$ ), des scores moyens de *présent fataliste* ( $m=3.08$ ,  $\sigma=0.58$ ), de *présent hédoniste* ( $m=3.23$ ,  $\sigma=0.60$ ) et d'orientation vers le *futur* ( $m=3.16$ ,  $\sigma=0.63$ ), et des scores plus faibles de *passé positif* ( $m=2.43$ ,  $\sigma=0.59$ ).

En comparaison des deux autres classes, il s'agit de la classe avec les scores moyens de *passé négatif* et de *présent fataliste* les plus élevés, et avec le score moyen de *passé positif* le plus faible. La différence est significative pour chacune de ces trois dimensions ( $p<.05$ ). Les participants de la classe 1 ont également des scores de *présent hédoniste* significativement plus faibles que ceux de la classe 2, et des scores d'orientation vers le *futur* significativement plus faibles que ceux de la classe 3 ( $p<.05$ ).

Les participants de la **classe 2** ont en moyenne des scores élevés de *passé positif*

<sup>25</sup> Voir annexe 16

( $m=3.46$ ,  $\sigma=0.59$ ) et de *présent hédoniste* ( $m=3.88$ ,  $\sigma=0.48$ ), et des scores plus modérés de *passé négatif* ( $m=3.12$ ,  $\sigma=0.71$ ), *présent fataliste* ( $m=2.81$ ,  $\sigma=0.53$ ), et d'orientation vers le *futur* ( $m=2.93$ ,  $\sigma=0.46$ ).

En comparaison des deux autres classes, il s'agit de la classe avec les scores moyens de *présent hédoniste* les plus élevés, et les scores moyens d'orientation vers le *futur* les plus faibles. Les participants de la classe 2 ont également des scores significativement plus élevés de passé positif que ceux de la classe 1. La différence est significative pour chaque de ces trois dimensions ( $p<.05$ ).

Les participants de la **classe 3** ont en moyenne des scores élevés de *passé positif* ( $m=3.45$ ,  $\sigma=0.74$ ), et d'orientation vers le *futur* ( $m=3.62$ ,  $\sigma=0.44$ ), des scores moyens de présent hédoniste ( $m=3.11$ ,  $\sigma=0.52$ ), et des scores plus faibles de *passé négatif* ( $m=2.68$ ,  $\sigma=0.87$ ) et de *présent fataliste* ( $m=2.17$ ,  $\sigma=0.41$ ).

En comparaison des deux autres classes, il s'agit de la classe avec le score moyen d'orientation vers le *futur* le plus élevé, et les scores moyens de *passé négatif* et de *présent fataliste* les plus faibles. La différence est significative pour ces trois dimensions ( $p<.05$ ).

En conclusion, la première classe correspond à un profil temporel caractérisé par une orientation plus élevée vers le *passé négatif* et le *présent fataliste*, et plus faible vers le *passé positif*. Cela semble correspondre à un profil temporel plutôt négatif, et potentiellement dysfonctionnel.

La seconde classe correspond à un profil temporel caractérisé par une orientation plus élevée vers le *présent hédoniste* et le *passé positif*, et plus faible vers le *futur*. Cela semble correspondre à un profil temporel centré sur le moment présent et sur le plaisir immédiat, qui ont une vision positive du passé mais peu de capacité à planifier pour le futur.

Enfin, la troisième classe correspond à un profil temporel caractérisé par une orientation plus élevée vers le *passé positif* et vers le *futur*, et plus faible vers le *passé négatif*, le *présent fataliste* et le *présent hédoniste*. Cela semble correspondre à un profil temporel relativement fonctionnel et équilibré, qui s'apparente dans une certaine mesure au profil optimal décrit par Zimbardo et Boyd (2008).

Le détail des scores de chaque classe aux dimensions de la perspective temporelle est disponible dans le **tableau 31**. Par ailleurs, le détail des analyses de comparaison effectuées sur les dimensions de la perspective temporelle entre les différentes classes est disponible dans le **tableau 32**.

En se basant sur les analyses de comparaison effectuées sur les dimensions de la perspective temporelle entre les différentes classes, la terminologie suivante est proposée : la classe 1 est nommée « **profil négatif** », la classe 2 « **profil présent** », et la classe 3 « **profil positif** ».

**Tableau 31.** Description des classes selon les scores de perspective temporelle

	CLASSE 1			CLASSE 2			CLASSE 3		
	Profil négatif			Profil présent			Profil positif		
Perspective temporelle	<i>Moy</i> <i>(ety)</i>	<i>Médiane</i>	<i>Etendue</i>	<i>Moy</i> <i>(ety)</i>	<i>Médiane</i>	<i>Etendue</i>	<i>Moy</i> <i>(ety)</i>	<i>Médiane</i>	<i>Etendue</i>
<i>Passé négatif</i>	3.99 (.63)	4.00	2.44-5.00	3.12 (.71)	3.22	1.55-4.55	2.68 (.87)	2.67	1.33-4.11
<i>Présent fataliste</i>	3.08 (.58)	3.11	1.67-4.44	2.81 (.53)	2.78	1.44-4.22	2.17 (.41)	2.22	1.22-3.00
<i>Passé positif</i>	2.43 (.59)	2.38	1.00-3.75	3.46 (.59)	3.50	2.13-4.75	3.45 (.74)	3.50	1.75-5.00
<i>Présent hédoniste</i>	3.23 (.60)	3.27	1.87-4.60	3.88 (.48)	3.87	2.80-5.00	3.11 (.52)	3.13	1.60-4.40
<i>Futur</i>	3.16 (.63)	3.15	1.46-4.46	2.93 (.46)	3.00	1.69-4.15	3.62 (.44)	3.62	2.62-4.85

**Tableau 32.** Comparaison des classes selon les scores de perspective temporelle

	Test post-hoc		Différence de moyenne (A-B)	Significativité (p)	Intervalle de confiance de la différence (95%)	
	A	B			Inférieur	Supérieur
<b>Perspective temporelle</b>						
<i>Passé négatif</i>	1	2	.87	.000	.64	1.10
	1	3	1.31	.000	1.09	1.53
	2	3	-.44	.000	-.66	-.22
<i>Présent fataliste</i>	1	2	.27	.003	.08	.46
	1	3	.90	.000	.74	1.06
	2	3	-.63	.000	-.79	-.48
<i>Passé positif</i>	1	2	-1.03	.000	-1.23	-.83
	1	3	-1.02	.000	-1.23	-.81
	2	3	-.01	.987	-.20	.22
<i>Présent hédoniste</i>	1	2	-.65	.000	-.83	-.47
	1	3	.13	.234	-.05	.30
	2	3	-.78	.000	-.95	-.60
<i>Futur</i>	1	2	.23	.013	.04	.41
	1	3	-.46	.000	-.64	-.29
	2	3	.69	.000	.54	.83

1 : profil négatif ; 2 : profil présent ; 3 : profil positif

### 1.2.2.2. Caractéristiques socio-démographiques et médico-psychologiques

Le détail des caractéristiques sociodémographiques et médicopsychologiques des trois classes de cluster est disponible en annexe<sup>26</sup>

Les participants de la classe 1 (**profil négatif**) sont âgés en moyenne de 28,61 ans ( $\sigma=9,76$ ) et composés à 88,88% de femmes. La majorité d'entre eux sont célibataires (57,57%), 24,24% d'entre-deux sont en couple, 13,13% d'entre eux sont mariés ou en concubinage, et 5,05% sont séparés ou divorcés. La catégorie professionnelle la plus représentée est celle des étudiants (41,41%), suivi des employés (21,21%), et des cadres et professions intellectuelles supérieures (14,14%).

Parmi ces individus, 18,18% remplissent les critères d'un Episode Dépressif Majeur selon les critères du Module A du MINI, 40,40% auraient déjà fait un épisode dépressif, 32,2% ont déjà reçu un traitement médicamenteux pour dépression, 19,19% sont actuellement sous traitement pour dépression, et 19,19% ont déjà été hospitalisés pour dépression. De plus, 29,29% d'entre eux ont déjà reçu un diagnostic pour un autre trouble psychiatrique que la dépression, 10,10% ont pris un traitement médicamenteux pour ce trouble, et 3,03% d'entre eux prennent encore ce traitement aujourd'hui. Enfin, 25,25% d'entre eux sont suivis psychologiquement, et 40,40% d'entre eux ont vécu un événement de vie majeur au cours de la dernière année.

Les participants de la classe 2 (**profil présent**) sont âgés en moyenne de 28,24 ans ( $\sigma=10,24$ ) et composés à 86% de femmes. La majorité d'entre eux sont en couple (42,86%), et célibataires (37,76%), 14,29% d'entre eux sont mariés ou en concubinage, et 5,10% sont séparés ou divorcés. La catégorie professionnelle la plus représentée est celle des étudiants (41,41%), suivi des cadres et professions intellectuelles supérieures (21,43%) et des employés (17,35%).

Parmi ces individus, 6,12% remplissent les critères d'un Episode Dépressif Majeur selon les critères du Module A du MINI, 34,69% auraient déjà fait un épisode dépressif, 21,43% ont déjà reçu un traitement médicamenteux pour dépression, aucun participant n'a actuellement de traitement pour dépression, et 8,16% ont déjà été hospitalisés pour dépression. De plus, 13,27% d'entre eux ont déjà reçu un diagnostic pour un autre trouble psychiatrique que la dépression, 5,10% ont pris un traitement médicamenteux pour ce trouble, mais aucun participant ne prend

---

<sup>26</sup> Voir annexe 17

encore ce traitement aujourd'hui. Enfin, 19,39% d'entre eux sont suivis psychologiquement, et 41,84% d'entre eux ont vécu un événement de vie majeur au cours de la dernière année.

Les participants de la classe 3 (**profil positif**) sont âgés en moyenne de 29,47 ans ( $\sigma=10,54$ ) et composés à 80,33% de femmes. La majorité d'entre eux sont célibataires (34,43%) et mariés ou en concubinage (33,61%), 27,87% d'entre eux sont en couple, 3,28% sont séparés ou divorcés et un participant est veuf. La catégorie professionnelle la plus représentée est celle des étudiants (35,25%), suivi des cadres et professions intellectuelles supérieures (28,69%), et des employés (13,11%).

Parmi ces individus, 1,64% remplissent les critères d'un Episode Dépressif Majeur selon les critères du Module A du MINI, 23,77% auraient déjà fait un épisode dépressif, 18,85% ont déjà reçu un traitement médicamenteux pour dépression, 5,74% sont actuellement traités pour dépression, et 6,56% ont déjà été hospitalisés pour dépression. De plus, 7,38% d'entre eux ont déjà reçu un diagnostic pour un autre trouble psychiatrique que la dépression, 1,64% ont pris un traitement médicamenteux pour ce trouble, et un seul participant prend encore ce traitement aujourd'hui. Enfin, 20,49% d'entre eux sont suivis psychologiquement, et 40,16% d'entre eux ont vécu un événement de vie majeur au cours de la dernière année.

En conclusion, nous observons que les trois classes de clusters sont similaires en termes d'âge, de genre, et de statut marital et professionnel.

Nous observons que les participants avec un **profil négatif** sont significativement plus nombreux que les deux autres types de profils à correspondre aux critères d'un Episode Dépressif Majeur, à avoir déjà fait un épisode dépressif, à avoir reçu un traitement ou à prendre actuellement un traitement pour dépression, et à avoir été hospitalisé pour dépression (Khi-deux  $p<.05$ ). Ils sont également plus nombreux à avoir été diagnostiqués pour un autre trouble psychiatrique qu'un trouble dépressif et à avoir pris un traitement pour ce trouble (Khi-deux  $p<.05$ ).

Les participants avec un **profil présent** sont plus nombreux que les participants avec un **profil positif** à répondre aux critères d'un Episode Dépressif Majeur et à avoir déjà fait un épisode dépressif, mais ils sont moins nombreux à être pris en charge psychologiquement (Khi-deux  $p<.05$ ).

### 1.2.3. Comparaison des classes sur les variables dépression, anxiété, coping et schémas précoces inadaptés

Les analyses en cluster ont permis d'identifier trois profils distincts selon les scores aux cinq dimensions de la perspective temporelle : le **profil négatif**, le **profil présent**, et le **profil positif**. Afin d'investiguer comment le type de profil est associé aux différentes variables étudiées tout au long de ce travail de thèse, des analyses de comparaison ont été réalisées par l'intermédiaire d'une ANOVA, puis de comparaison post-hoc deux à deux entre les différents profils (lorsque l'ANOVA mettait en évidence une différence significative). Les trois profils ont été comparés sur les variables *dépression* (BDI-13), *anxiété-état* (STAI A), *anxiété-trait* (STAI B), *coping* (CISS), *schémas précoces inadaptés* (YSQ), ainsi que sur les scores de DBTP (*Deviation from Balanced Time Perspective*).

Comme précédemment, des tests post-hoc paramétriques (test de *Bonferroni*) ont été utilisés lorsque les conditions étaient validées (normalité de la distribution, homogénéité des variances). Autrement, des post-hoc non-paramétriques ont été utilisées (test de *Games-Howell*).

Compte tenu de la quantité de comparaisons réalisées, seules les différences significatives sont décrites ci-après. La description des scores de chaque groupe, ainsi que le détail des tests post-hoc sont disponibles en annexe.<sup>27</sup>

#### 1.2.3.1. Comparaison des profils : DBTP, dépression et anxiété

Les ANOVA ont permis de mettre en évidence des différences significatives entre les groupes sur les variables *DBTP* ( $F=242.99$ ,  $p=.000$ ), *dépression* ( $F=66.17$ ,  $p=.000$ ), *anxiété-état* ( $F=30.91$ ,  $p=.000$ ) et *anxiété-trait* ( $F=64.09$ ,  $p=.000$ ).

Nous observons que les participants avec un **profil négatif** ont des scores significativement plus élevés de DBTP, de dépression, d'anxiété-trait, et d'anxiété-état, en comparaison des participants avec un **profil présent** ou avec un **profil positif** ( $p<.05$ ).

A l'inverse, les participants avec un **profil positif** ont des scores significativement plus faibles de DBTP, de dépression, d'anxiété-état et d'anxiété-trait, en comparaison des participants avec un **profil présent** ou un **profil négatif**.

Enfin, les participants avec un **profil présent** ont des scores de DBTP, de dépression, d'anxiété-état et d'anxiété-trait qui se situent entre les scores des profils avec un **profil négatif**,

<sup>27</sup> Voir annexe 18, 19 et 20

et ceux des participants avec un **profil positif**. En effet, pour l'ensemble de ces variables, les participants avec un **profil présent** ont des scores significativement plus élevés que ceux des participants avec un **profil positif**, mais significativement moins élevés que ceux des participants avec un **profil négatif** ( $p < .5$ ).

### 1.2.3.2. Comparaison des profils : stratégies de coping

Les ANOVA ont permis de mettre en évidence des différences significatives entre les groupes sur les variables *coping centré sur la tâche* ( $F=28.82$ ,  $p=.000$ ), *coping centré sur l'émotion* ( $F=35.71$ ,  $p=.000$ ), *coping centré sur l'évitement* ( $F=7.94$ ,  $p=.000$ ), *distraction* ( $F=9.10$ ,  $p=.000$ ), et *diversion sociale* ( $F=8.63$ ,  $p=.000$ ).

Nous observons que les participants avec un **profil négatif** ont des scores de coping centré sur l'émotion significativement plus élevés, et des scores de coping centré sur la tâche significativement moins élevés, en comparaison des participants avec un profil présent ou avec un profil positif ( $p < .05$ ). Ils utilisent également moins de stratégies centrées sur l'évitement que les participants avec un **profil présent**, et notamment concernant les stratégies de type diversion sociale ( $p < .05$ ). En revanche, ils utilisent davantage de stratégies de type distraction, par rapport aux participants avec un **profil positif** ( $p < .05$ ).

A l'inverse, les participants avec un **profil positif** ont des scores de coping centrés sur la tâche significativement plus élevés, et des scores de coping centré sur l'émotion significativement moins élevés, en comparaison des participants avec un **profil présent** ou un **profil négatif** ( $p < .05$ ). Ils utilisent également moins de stratégies centrées sur l'évitement que les participants avec un **profil présent**, et utilisent moins de stratégies de type distraction que les participants avec les deux autres profils ( $p < .05$ ).

Les participants avec un **profil présent** utilisent davantage des stratégies de coping centrées sur l'évitement que les participants avec un **profil positif** ou ceux avec un **profil négatif** ( $p < .05$ ). Ils ont des scores significativement plus élevés de coping centré sur la tâche que les participants avec un **profil négatif**, et des scores significativement plus élevés de coping centré sur l'émotion que les participants avec un **profil positif**.

### 1.2.3.3. Comparaison des profils : schémas précoces inadaptés

Les ANOVA ont permis de mettre en évidence des différences significatives entre les groupes sur l'ensemble des schémas précoces inadaptés : *dépendance* (F=19.04, p=.000), *manque d'individuation* (F=25.98, p=.000), *vulnérabilité à l'inconnu* (F=16.45, p=.000), *peur de perdre le contrôle* (F=21.74, p=.000), *déprivation affective* (F=48.69, p=.000), *abandon* (F=40.67, p=.000), *méfiance* (F=31.45, p=.000), *isolement social* (F=31.78, p=.000), *impossibilité d'être aimé* (F=48.88, p=.000), *échec* (F=31.69, p=.000), *culpabilité* (F=36.51, p=.000), *honte* (F=38.40, p=.000), *standards intransigeants* (F=5.14, p=.006) et *droits insuffisants* (F=20.37, p=.000).

Nous observons que les participants avec un **profil négatif** ont des scores significativement plus élevés que les participants avec un **profil présent** ou ceux avec un **profil positif**, sur la quasi-totalité des schémas précoces inadaptés : *dépendance*, *manque d'individuation*, *vulnérabilité à l'inconnu*, *peur de perdre le contrôle*, *abandon*, *méfiance*, *isolement social*, *impossibilité d'être aimé*, *indésirabilité sociale*, *échec*, *culpabilité*, et *honte* (p<.05). Ils ont également des scores significativement plus élevés que ceux des participants avec un **profil positif** sur le schéma *droits insuffisants*, et des scores plus élevés que ceux avec un **profil présent** sur le schéma *standards intransigeants* (p<.05).

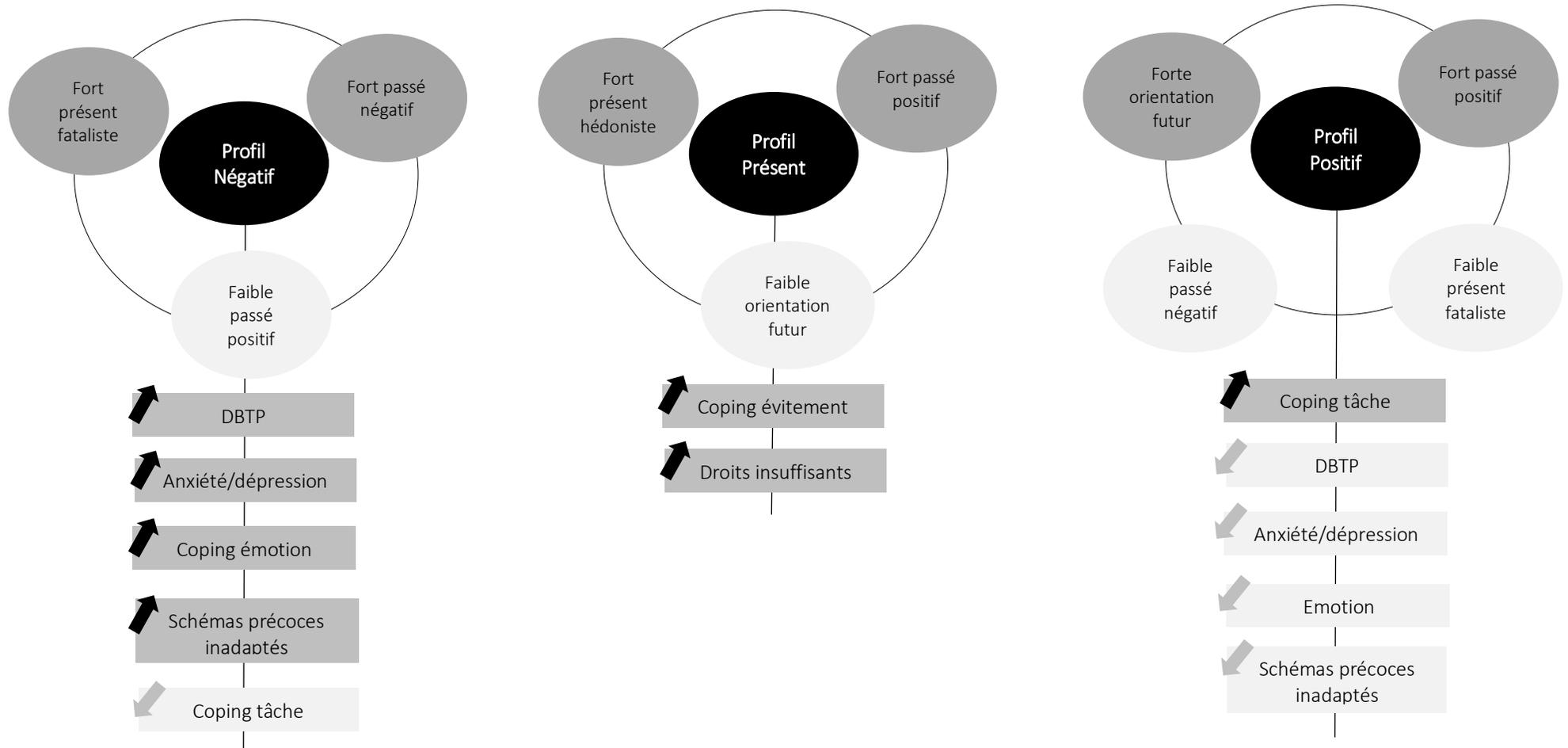
Les participants avec un **profil positif** ont des scores significativement inférieurs à ceux des participants avec un **profil négatif** ou ceux avec un **profil présent** sur les schémas *abandon*, *déprivation affective*, *droits insuffisants* et *peur de perdre le contrôle* (p<.05).

Ils ont également des scores significativement inférieurs à ceux des participants avec un **profil négatif** uniquement sur la grande majorité des schémas restants (à l'exception de *standards intransigeants*) : *honte*, *culpabilité*, *échec*, *indésirabilité sociale*, *impossibilité d'être aimé*, *isolement social*, *méfiance*, *vulnérabilité à l'inconnu*, *manque d'individuation* et *dépendance* (p<.05).

Enfin, les participants avec un **profil présent** ont donc des scores significativement inférieurs à ceux des participants avec un **profil négatif** sur l'ensemble des schémas précoces inadaptés (p<.05), à l'exception du schéma *droits insuffisants*.

Ils ont également des scores significativement supérieurs à ceux des participants avec un **profil positif** sur les schémas *abandon*, *déprivation affective*, *droits insuffisants* et *peur de perdre le contrôle* (p<.05).

Figure 19. Synthèse des analyses en clusters : caractéristiques des trois types de profils temporels



La **figure 19** synthétise les résultats principaux des analyses en clusters ainsi que des analyses de comparaison entre les différents profils temporels dégagés de ces analyses :

- Le **profil négatif**, caractérisé par un fort *passé négatif*, un fort *présent fataliste*, et une faible orientation vers le *futur*, qui correspond aux participants avec le profil temporel moyen s'éloignant le plus du profil optimal (DBTP). Les individus au sein de ce groupe sont ceux avec les scores moyens les plus élevés d'anxiété et de dépression, de coping centré sur l'émotion, ainsi que les scores les plus faibles de coping centré sur la tâche. Ils sont également orientés davantage vers la grande majorité des schémas précoces inadaptés.
- Le **profil présent**, caractérisé par un fort *présent hédoniste*, un fort *passé positif*, et une faible orientation vers le *futur*. Les individus au sein de ce groupe sont ceux avec les scores moyens les plus élevés de coping centré sur l'évitement, et ils sont également orientés davantage vers le schéma *droits insuffisants*. Concernant les autres variables, leurs scores se situent entre ceux du profil négatif et ceux du profil positif.
- Le **profil positif**, caractérisé par un fort *passé positif*, une forte orientation vers le *futur*, un faible *passé négatif*, et un faible *présent fataliste*, qui correspond aux participants avec le profil temporel moyen s'éloignant le moins du profil optimal. Les individus au sein de ce groupe sont ceux avec les scores moyens les plus élevés de coping orienté vers la tâche, ainsi que les scores les plus faibles d'anxiété et de dépression et de coping orienté vers l'émotion. Ils sont également moins orientés vers la grande majorité des schémas précoces inadaptés.



## 2. Discussion de l'étude complémentaire

L'étude complémentaire avait pour objectif d'identifier des profils d'individus selon leurs scores de perspective temporelle. Cette étude complémentaire venait répondre aux limites des études centrées sur les variables, qui sont majoritaires dans la littérature sur la perspective temporelle.

Comme le soulignent McKay et ses collègues (2017) et comme le proposaient déjà Zimbardo et Boyd (1999), la notion de profil est essentielle à prendre en considération dans le concept de perspective temporelle, c'est-à-dire le degré d'orientation d'un individu envers chaque dimension. Cependant, les analyses réalisées dans les axes principaux de ce travail de thèse ne permettaient pas de prendre en considération cette notion de profils.

Afin de répondre à cette problématique, plusieurs auteurs (McKay et al., 2017 ; McKay et al., 2014 ; Boniwell et al., 2010) ont réalisées des analyses centrées sur la personne, qui ont permis d'identifier des profils temporels distincts. Toutefois, les analyses centrées sur la personne restent très rares dans la littérature existante sur la perspective temporelle.

Afin de contribuer à cette littérature et d'investiguer les profils temporels individuels, nous avons ainsi choisi de conduire une étude complémentaire qui consistait à réaliser des analyses en clusters auprès des 319 participants issus de la population générale, dans l'objectif de mettre en évidence des groupements selon la répartition aux dimensions de la perspective temporelle, puis de les comparer sur les différentes variables (symptômes dépressifs et anxieux, coping, schémas précoces inadaptés).

L'objectif de cette étude était également de permettre une approche plus holistique de la perspective temporelle, en prenant en compte l'ensemble des dimensions temporelles chez un même individu, grâce à l'approche en profils, afin que cela puisse permettre d'apporter des éléments complémentaires à mettre en perspective des résultats aux trois axes de ce travail de thèse.

Les résultats ont permis d'identifier trois profils temporels distincts :

- Un profil caractérisé par une orientation plus élevée vers le *passé négatif* et le *présent fataliste*, et une orientation faible vers le *passé positif*. Ce profil temporel a été nommé « **profil négatif** ».
- Un profil caractérisé par une orientation plus élevée vers le *présent hédoniste* et le *passé positif*, et une orientation plus faible vers le *futur* ; semblant correspondre à un profil temporel centré sur le moment présent et le plaisir. Ce profil temporel a été nommé « **profil présent** ».
- Un profil caractérisé par une orientation élevée vers le *passé positif* et le *futur*, et une orientation plus faible vers le *passé négatif*, le *présent fataliste* et le *présent hédoniste*. Ce profil a été nommé « **profil positif** ».

### **2.1. Le « profil négatif » : un profil temporel dysfonctionnel favorisant les troubles dépressifs et impactant négativement les croyances et le fonctionnement adaptatif ?**

Les individus avec un **profil négatif** correspondraient ainsi à des individus avec une vision négative du passé et un sentiment de résignation et d'impuissance face à la vie, avec la croyance de ne pas pouvoir agir sur les situations. Ils sont également faiblement orientés vers le *passé positif*, ce qui laisse supposer une difficulté à rappeler des expériences antérieures positives qui pourraient permettre d'étayer le sentiment d'efficacité et de construire une image positive de soi.

De plus, les individus avec un **profil négatif** correspondent aux individus qui présentent des symptômes anxieux et dépressifs d'intensité significativement plus élevée, en comparaison des deux autres types de profils. Ces éléments nous conduisent ainsi à envisager que ce type de profil pourrait constituer une vulnérabilité aux symptômes anxieux et dépressifs.

En effet, nous observons que les participants avec ce type de profil sont significativement plus nombreux à correspondre aux critères d'un Episode Dépressif Majeur, à rapporter avoir été diagnostiqués, traités ou hospitalisés pour un trouble dépressif ou un autre type de trouble psychiatrique, par rapport aux deux autres types de profils.

Par ailleurs, nous observons que ce profil semble correspondre aux scores des patients déprimés retrouvés lors des résultats de l'axe 1. Ce type de profil pourrait ainsi être prégnant chez les individus déprimés, et pourrait potentiellement contribuer à l'apparition ou au maintien des troubles dépressifs.

Nous observons également que les individus avec ce **profil négatif** ont davantage tendance à s'orienter vers des stratégies émotionnelles négatives, en comparaison des deux autres types de profils. A l'inverse, ils ont moins tendance à s'orienter vers des stratégies centrées sur la tâche, visant à modifier directement la situation stressante. Ces résultats sont cohérents avec ceux retrouvés dans l'axe 3, qui mettaient en évidence que la vision négative du passé était positivement associée aux stratégies émotionnelles négatives, et négativement associé au coping centré sur la tâche.

En effet, le **profil négatif** correspondrait à des individus résignés quant à leur capacité à agir sur les situations, et qui vont rappeler préférentiellement des expériences antérieures négatives ; expériences qui comme nous l'avons vu seraient généralisées jusqu'à aboutir à une vision absolue et négative de soi (Beck, 1976). Ainsi nous pouvons imaginer que ce type de profil impacterait négativement le sentiment d'efficacité et l'estime de soi, et ne permettrait pas de se sentir capable de faire face aux situations, conduisant ainsi à des réactions émotionnelles négatives au détriment de stratégies visant à modifier la situation.

Il est également intéressant de souligner que les individus avec un **profil négatif** ne sont pas particulièrement tournés vers des stratégies évitantes de diversion sociale ou de distraction, de la même façon que les dimensions temporelles retrouvées dans ce profil n'étaient pas associées au coping centré sur l'évitement dans les résultats de l'axe 3.

Ainsi, au vu des autres éléments qui constituent le **profil négatif**, nous pouvons imaginer que les affects négatifs et les ruminations seraient trop envahissants pour s'orienter vers des stratégies distractives et notamment plaisantes (du fait également que les symptômes dépressifs rendent difficiles la capacité à prendre plaisir aux activités). Ces individus ne vont pas chercher à modifier la situation, mais ne vont pas non plus être capable de s'en distancer émotionnellement et cognitivement. Ces hypothèses seraient cohérentes avec la prégnance des ruminations, c'est-à-dire des pensées intrusives et répétitives, auprès de patients déprimés (Monestès & Baeyens, 2016 ; Philippot et al., 2015 ; Nolen-Hoeksema et al., 2008).

Enfin, nous observons que les individus avec un **profil négatif** sont davantage orientés vers la quasi-totalité des schémas précoces inadaptés, par rapport aux deux autres types de profil. Ainsi, les résultats mettent en évidence que ce type de profil temporel serait associé à des croyances négatives sur soi : croyance d'être dépendant d'autrui et incapable de réussir par soi-même, sentiment d'être coupable, honteux et vulnérable, sensation d'échec. De plus, ce type de profil apparaît également associé à des croyances négatives et insécurisantes sur les relations aux autres : croyance de ne pas pouvoir être aimé et apprécié par les autres, sentiment d'être toujours abandonné et isolé socialement, méfiance envers autrui.

Ces résultats permettent d'autant plus d'éclairer le fonctionnement adaptatif associé à ce type de profil, c'est-à-dire les réactions émotionnelles négatives au détriment de stratégies visant à modifier la situation. En effet, les individus avec ce type de profil se percevraient comme incapables d'être autonomes et de réussir par eux-mêmes, ayant peu de valeur personnelle et étant seuls et peu appréciés des autres. Ainsi, nous pouvons aisément comprendre que les situations stressantes favorisent alors les affects négatifs dépressogènes et anxiogènes auprès de ces individus, qui ne se sentiraient pas capables ni de faire face à la situation, ni de se tourner vers autrui pour rechercher du soutien (les dimensions temporelles retrouvées dans ce profil n'étant pas associées aux stratégies de diversion sociale).

Dans l'ensemble, ce **profil négatif** renvoie bien aux résultats précédemment observés dans les trois axes de ce travail de thèse, car il correspond en effet aux résultats des patients déprimés sur la perspective temporelle, et aux liens observés entre perspective temporelle, symptômes anxieux et dépressifs, coping et schémas précoces inadaptés. Ce profil pourrait ainsi être envisagé comme un profil temporel dysfonctionnel, prégnant chez les individus déprimés, favorisant les affects anxieux et dépressifs et les croyances négatives et insécurisantes sur soi et sur les autres, et impactant négativement le fonctionnement adaptatif.

Ainsi, ce profil pourrait constituer une cible principale de vigilance et d'investigation quant aux recherches à venir sur le rôle de la perspective temporelle dans les troubles dépressifs. Il pourrait par ailleurs s'agir d'un profil temporel qui bénéficierait particulièrement d'interventions thérapeutiques permettant de réduire les biais temporels négatifs.

## 2.2. Le « *profil présent* » : un profil temporel ambivalent, favorisant le plaisir au quotidien et le bien-être à court-terme au détriment d'une prise en considération du futur ?

Les individus avec un **profil présent** correspondraient quant à eux à des individus particulièrement focalisés sur le moment présent et sur la recherche du plaisir immédiat, avec une faible tendance à s'orienter vers des buts futurs.

Ils ont des symptômes anxieux et dépressifs significativement moins élevés que les individus avec un **profil négatif**. De plus, nous observons également qu'ils ont tendance à utiliser davantage de stratégies de coping centrées sur l'évitement, et qu'ils sont significativement plus orientés vers le schéma *droits insuffisants*, en comparaison des deux autres profils. Ils sont également significativement moins orientés vers le schéma *standards intransigeants*.

Ainsi, l'hédonisme et la centration sur le moment présent, associés à une faible orientation vers le futur, pourraient favoriser des stratégies évitantes de distraction et de diversion sociale, au détriment de stratégies visant à modifier directement la situation (comme la planification ou la résolution de problème). En effet, l'hédonisme est associé à un manque de considération pour les conséquences futures, ainsi qu'à des conduites d'impulsivité et des traits comme la recherche de nouveauté et la recherche de sensation (Zimbardo & Boyd, 1999).

Ce type de profil n'apparaît donc pas favoriser particulièrement les affects anxieux et dépressifs, ni les croyances négatives sur soi et sur le monde, étant donné qu'il n'est dans l'ensemble que peu orienté vers les schémas précoces inadaptés (à l'exception du schéma *droits insuffisants*). Ainsi, ce profil semblerait avoir des issues moins dysfonctionnelles que le **profil négatif**, et contrairement à celui-ci il ne correspondrait pas nécessairement à un profil constituant en tant que telle une potentielle vulnérabilité aux troubles dépressifs.

L'hédonisme est par ailleurs connu pour être associé aux émotions positives, à l'extraversion et à la recherche de soutien social (Kairys et al., 2015 ; Sailer et al., 2014 ; Kairys, 2010 ; Zimbardo & Boyd, 1999), elles-mêmes associées à des issues de santé et de bien-être positives. Selon Zimbardo et Boyd (1999), l'hédonisme est nécessaire pour le plaisir au quotidien ; mais nécessiterait toutefois d'être contrebalancé par l'orientation vers le futur, ce qui n'est pas le cas dans ce profil. Ainsi, ce type de profil pourrait s'avérer dysfonctionnel

lorsque les individus se retrouvent confrontés à des situations nécessitant la mise en place de stratégies de planification et de résolution long-terme.

En effet, nous observons que les individus avec ce type de profil sont les moins orientés vers le schéma *standards intransigeants*, et les plus orientés vers le schéma *droits insuffisants*. Ainsi, ils auraient des difficultés à se fixer des limites et à fonctionner dans un cadre, avec des règles, et préféreraient laisser libre cours à leurs désirs. Par ailleurs, la littérature suggère que l'impulsivité, la recherche de sensation et la centration sur le plaisir immédiat, avec la faible considération pour les conséquences futures, favoriseraient les conduites à risque telles que les conduites addictives.

Enfin, nous observons que les participants avec ce type de profil sont moins nombreux à avoir un suivi psychologique actuel, ce qui apparaît cohérent avec l'idée d'un manque de considération pour les conséquences futures et une difficulté à mettre en place des stratégies sur le long-terme.

### **2.3. Le « profil positif » : un profil temporel fonctionnel, protecteur vis-à-vis des symptômes anxieux et dépressifs et des croyances négatives, et permettant de se sentir capable de faire face aux situations stressantes ?**

Les individus avec un **profil positif** sont caractérisés par une vision positive du passé, associée à une forte orientation vers le futur. Il s'agit des individus avec la vision négative du passé la plus faible, et avec le moins de fatalisme. Par ailleurs, ils sont moins orientés vers l'hédonisme que les individus du **profil présent**, mais davantage que les individus avec un **profil négatif**.

Ainsi, ce type de profil semble correspondre, dans l'ensemble, au profil temporel optimal ; autrement dit, à la *Balanced Time Perspective*. En lien avec ces résultats, nous pouvons en effet souligner que les individus avec ce type de profil sont ceux dont les scores de DBTP sont les plus faibles, c'est-à-dire ceux dont les scores aux dimensions de la perspective temporelle sont les plus proches du profil optimal proposé par Zimbardo et Boyd (2008). Il s'agirait donc d'un profil relativement équilibré, que l'on pourrait considérer à priori comme plus fonctionnel.

En effet, nous observons que le **profil positif** correspond aux individus avec les scores de dépression et d'anxiété les plus faibles. De plus, ce sont les individus qui sont le plus tournés vers des stratégies de coping centrées sur la tâche, et le moins tournés vers des stratégies émotionnelles négatives ou des stratégies d'évitement.

Les individus avec un **profil positif** auraient une vision positive du passé, et ainsi la capacité de rappeler des expériences antérieures analogues positives sur lesquelles s'appuyer pour se sentir efficaces dans la situation présente, et pour anticiper des issues à venir positives.

De plus, ils ne sont pas résignés, ils ont la sensation de pouvoir agir par eux-mêmes sur les situations, et sont orientés vers la réalisation d'objectifs futurs. Ainsi, il est cohérent que ces individus réagissent avec moins d'affects négatifs face aux situations stressantes, et, se sentant capables de faire face à la situation, mettent en place des stratégies pour la modifier directement.

Enfin, les individus avec un **profil positif** sont significativement moins orientés vers les schémas d'abandon, de déprivation affective, de droits insuffisants et de peur de perdre le contrôle, en comparaison des deux autres types de profils. De plus, ils sont significativement moins orientés vers le reste des schémas que les individus avec un **profil négatif** (à l'exception du schéma standards intransigeants).

Ainsi, dans l'ensemble, le **profil positif** semble associé à de moindres croyances négatives sur soi et sur le monde. Les individus avec ce type de profil auraient la sensation d'être plus en maîtrise d'eux-mêmes, d'avoir une meilleure capacité de se fixer un cadre et des limites, et auraient une vision plus sécurisante des relations sociales, seraient plus confiants dans le lien à l'autre. Ils se percevraient également comme ayant plus de valeur personnelle, et comme étant davantage la capacité de réussir par eux-mêmes, en comparaison des individus avec un **profil négatif**.

Ces éléments permettent notamment d'éclairer le fonctionnement adaptatif retrouvé auprès de ces participants, qui se sentiraient en mesure de faire face à la situation, et n'y réagiraient pas avec autant de réactions émotionnelles négatives que les individus avec un **profil négatif**.

Dans l'ensemble, nous pouvons imaginer que ce type de profil soit moins favorable à l'apparition de troubles psychopathologiques, et notamment dépressifs. En effet, nous observons que les participants avec ce type de profil sont significativement moins nombreux que ceux présentant les deux autres profils à correspondre aux critères d'un Episode Dépressif Majeur, et à rapporter avoir été diagnostiqués, traités ou hospitalisés pour un trouble dépressif ou un autre type de trouble psychiatrique.

## 2.4. Conclusion, limites et perspectives

Etant donné que les analyses en clusters nécessitent un nombre important de participants, nous avons été contraints de réaliser ces analyses auprès des 319 participants de la population générale car l'échantillon de patients déprimés apparaissait trop restreint.

Toutefois, il serait très intéressant de réaliser des analyses en profils auprès de patients cliniquement déprimés afin d'investiguer des potentiels sous-regroupements de profils temporels chez les individus déprimés. Cela permettrait notamment de déterminer si le **profil négatif** décrit précédemment correspond en effet à des individus cliniquement déprimés, et s'il concerne l'ensemble ou seulement une sous-partie d'entre eux.

Ces analyses ont néanmoins permis de mettre en évidence l'existence de trois profils temporels distincts auprès des participants issus de la population générale :

Le **profil négatif** pourrait être envisagé comme un facteur de vulnérabilité aux symptômes anxieux et dépressifs et aux réactions émotionnelles négatives au détriment de stratégies de coping plus adaptatives.

Le **profil présent** n'apparaît pas favoriser les symptômes anxieux et dépressifs et les croyances négatives, pourrait permettre d'être davantage tourné vers autrui et vers des activités de plaisir, mais conduirait à un désengagement vis-à-vis des considérations futures.

Le **profil positif** pourrait impacter positivement le sentiment d'efficacité et favoriser une image positive de soi, réduisant les réactions émotionnelles négatives, et permettant de se sentir capables de faire face aux situations par le biais de stratégies de coping adaptatives visant à modifier directement la situation.

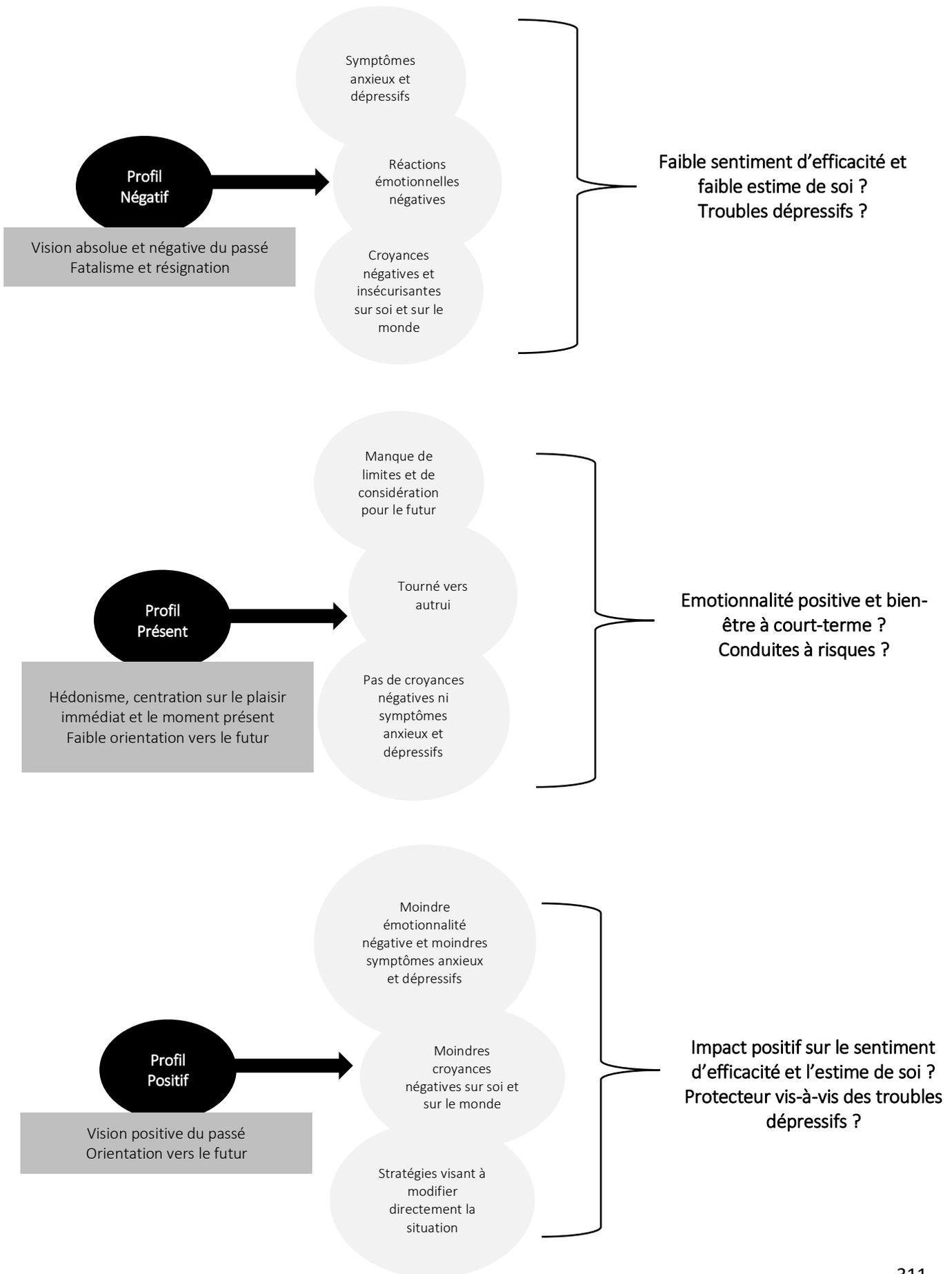
Les regroupements observés forment ainsi des profils temporels cohérents, qui pourraient chacun renvoyer à des issues psychiques différentes, et qui, comme nous l'avons vu, font sens avec la littérature existante sur la perspective temporelle.

La **figure 20** propose une synthèse des trois profils retrouvés, ainsi que des issues psychologiques et psychopathologiques qui peuvent être envisagées pour chaque profil, compte tenu de nos résultats et des données existantes de la littérature.

Enfin, il est intéressant de souligner que la dimension *passé négatif* correspond à la dimension la plus utilisée par le logiciel dans la constitution des clusters, suivie du *présent fataliste*. En d'autres termes, le *passé négatif* et le *présent fataliste* apparaissent comme les dimensions permettant le mieux de différencier les individus selon leur profil temporel. Ces

résultats renvoient notamment à ceux des précédents axes, qui mettaient en évidence que le *passé négatif* et le *présent fataliste* étaient les dimensions les plus associées aux symptômes anxieux et dépressifs, aux réactions émotionnelles négatives et aux schémas précoces inadaptés ; ce qui souligne à nouveau que ces dimensions pourraient constituer des cibles thérapeutiques intéressantes.

Figure 20. Les trois types de profil temporel



## Conclusion générale

L'objectif principal de ce travail de thèse était d'explorer le concept de perspective temporelle dans le contexte de la dépression.

Le premier axe de notre étude portait sur le lien entre perspective temporelle et dépression, et était constitué de deux parties : dans la première partie, nous avons investigué les différences de profil temporel entre patients déprimés et individus non-déprimés. Dans la seconde partie, nous avons investigué les associations entre les dimensions de la perspective temporelle et la symptomatologie dépressive.

Dans l'ensemble, les résultats mettent en évidence un profil temporel altéré chez les patients déprimés : une vision négative du passé, une attitude fataliste de résignation, une moindre capacité à profiter du moment présent, et une moindre planification et orientation vers la poursuite de buts. Le rapport au *passé négatif* semble jouer un rôle d'autant plus important, s'agissant de la dimension qui différencie le mieux les patients déprimés et les participants non-déprimés.

Nous avons également mis en évidence que les symptômes dépressifs sont associés aux dimensions que nous pouvons qualifier de dysfonctionnelles : en effet, l'intensité de la symptomatologie dépressive est associée positivement au fait d'avoir une vision négative du passé et une attitude fataliste ; en revanche, cette symptomatologie dépressive n'est pas associée aux dimensions plus fonctionnelles (orientation vers le futur, hédonisme, vision positive du passé). De plus, nous avons observé que les associations entre la perspective temporelle et la symptomatologie dépressive étaient plus fortes chez les patients déprimés que chez les individus non-déprimés.

Ces éléments suggèrent que la perspective temporelle pourrait être impliquée dans le fonctionnement dépressif, et appuient l'intérêt de prendre en compte toutes les dimensions temporelles dans le contexte de la dépression.

Par ailleurs, le profil temporel pourrait constituer une cible thérapeutique pertinente pour les patients déprimés. Plus précisément, il pourrait être plus intéressant de se focaliser sur la réduction des biais temporels négatifs plutôt que sur l'amélioration des dimensions plus positives.

Néanmoins, des études ultérieures longitudinales seront nécessaires afin d'investiguer la dynamique de causalité entre perspective temporelle et dépression. Une mesure d'un *futur négatif*, prenant en considération les notions de pessimisme et d'anxiété envers le futur, apparaît

également nécessaire dans l'évaluation du rapport au temps chez des individus déprimés.

Le deuxième axe de notre étude s'intéressait à l'évolution du profil temporel de patients déprimés avant et après thérapie, et était également constitué de deux parties : dans la première partie, nous avons mesuré l'évolution du profil temporel après une thérapie comportementale et cognitive. Dans la seconde partie, nous avons mesuré l'évolution du profil temporel après une thérapie pleine conscience de type MBCT.

Bien que la perspective temporelle soit considérée conceptuellement comme relativement stable, nous observons que le profil temporel est susceptible d'évoluer dans le temps ; et plus précisément, que le profil temporel des patients déprimés peut évoluer au cours d'une thérapie. En effet, après une thérapie comportementale et cognitive, nous observons que les patients déprimés ont un profil temporel moins orienté vers le *passé négatif*, et davantage orienté vers le *futur*. Après une thérapie pleine conscience de type MBCT, les patients déprimés ont une vision moins négative du passé.

Ainsi, en encourageant la planification d'activités, la réalisation d'objectifs, et la résolution de problème, les TCC pourraient donc permettre d'être davantage orientés vers le futur. De plus, les TCC vont travailler sur des distorsions cognitives qui peuvent sous-tendre la vision absolue et négative du passé ; par cet intermédiaire, elles pourraient permettre de réduire les biais temporels négatifs vis-à-vis du passé.

La pleine conscience, quant à elle, encourage le développement de l'attention, de l'ouverture et de l'acceptation, et permet de réduire les ruminations ; ainsi, elle pourrait permettre d'impacter le rapport au passé, et notamment permettre de prendre plus de distance vis-à-vis des pensées, croyances et sentiments négatifs vis-à-vis du passé, de façon à ce qu'ils soient moins envahissants pour le patient.

Ces résultats suggèrent ainsi que la perspective temporelle pourrait être travaillée en thérapie, et qu'il pourrait être pertinent de développer des outils thérapeutiques visant la réduction des biais temporels négatifs. Compte tenu des résultats de l'axe 1, nous pouvons imaginer qu'un travail sur ces biais temporels pourrait à terme permettre de réduire la symptomatologie dépressive et/ou la vulnérabilité à une éventuelle rechute dépressive.

Néanmoins, il paraît nécessaire de répliquer cette étude en intégrant des groupes contrôle et en mesurant l'adhérence à la thérapie, afin de cibler l'effet de la thérapie sur le profil temporel. De plus, des études investiguant l'intérêt d'autres thérapies pour travailler le profil temporel, comme l'ICV, constituent des perspectives de recherche intéressantes.

Enfin, compte tenu des limites d'une thérapie centrée sur la perspective temporelle

auprès de patients déprimés et de l'efficacité des thérapies existantes, il apparaît plus pertinent d'intégrer des outils pour travailler les biais temporels au sein des thérapies existantes plutôt que de développer une thérapie uniquement focalisée sur le profil temporel.

Le troisième axe de notre étude portait sur les liens que la perspective temporelle entretient avec deux variables psychologiques connues pour être impliquées dans la dépression : les stratégies de coping et les schémas précoces inadaptés ; cela afin de mieux comprendre les mécanismes par lesquels le profil temporel pouvait être impliqué dans les troubles dépressifs.

A nouveau, nous avons observé que la vision négative du passé et le fatalisme auraient des issues plus dysfonctionnelles : lors d'une situation stressante, ils sont associés à des réactions émotionnelles négatives (déli, auto-blâme, anxiété, irritabilité), au dépend de stratégies visant à modifier la situation. A l'inverse, les individus orientés vers le futur se sentiraient davantage en mesure de gérer la situation, chercheraient davantage à tenter de résoudre le problème, et ainsi auraient moins tendance à éviter la situation.

Par ailleurs, le *passé négatif* et le *présent fataliste* sont associés à une représentation négative et insécurisante de soi et des autres : sentiment d'être vulnérable et incompetent, d'être moins en maîtrise de soi, d'être abandonné et rejetés par les autres. A l'inverse, une vision positive du passé est associée à une représentation plus positive et sécurisante de soi et des autres : moindre sentiment d'échec, de honte, de culpabilité et d'isolement, moindre méfiance envers autrui et moindre croyance de ne pas être aimé des autres.

Ces résultats suggèrent que la perspective temporelle pourrait être impliquée dans le fonctionnement adaptatif des patients déprimés, et dans leurs croyances et représentations négatives d'eux-mêmes et du monde. Un profil temporel dysfonctionnel pourrait impacter négativement l'image de soi et la confiance dans le lien à l'autre, et pourrait aboutir à des stratégies de coping centrées sur les émotions négatives qui maintiendraient la détresse psychologique. Ces hypothèses pourraient être sous-tendues notamment par le rôle du rapport au passé dans la construction de notre identité, dans l'estime de soi et le sentiment d'efficacité : un rappel généralisé d'expériences négatives conduirait à une image négative de soi et à une anticipation négative des événements futurs, avec le sentiment de ne pas pouvoir faire face aux situations.

Néanmoins, le coping comme les schémas précoces ne médiatisent pas la relation entre perspective temporelle et dépression, et ne permettraient donc pas d'expliquer l'impact potentiel du profil temporel sur la symptomatologie dépressive.

A nouveau, des études longitudinales seront nécessaires pour comprendre les liens de causalité existants entre la perspective temporelle, le coping et les schémas précoces. De plus, il serait intéressant d'utiliser un outil de mesure du coping permettant d'investiguer des stratégies plus spécifiques.

Lors d'une étude complémentaire, nous avons réalisés des analyses en profils afin de constituer des groupes d'individus selon leur profil temporel. En effet, la notion de profil est essentielle dans la théorie de la perspective temporelle, et cette étude complémentaire visait à contribuer à cette littérature encore lacunaire.

Ces analyses nous ont permis de mettre en évidence l'existence de trois profils distincts et cohérents, qui font sens avec la littérature existante :

- Un ***profil temporel négatif***, à priori dysfonctionnel, qui correspondrait à celui retrouvé chez les patients déprimés et pourrait constituer une vulnérabilité à la symptomatologie dépressive, aux stratégies émotionnelles négatives et aux croyances négatives.
- Un ***profil temporel centré sur le présent***, qui permettrait d'être davantage tourné vers autrui et vers un plaisir au quotidien, mais conduirait à un désengagement vis-à-vis des conséquences futures, et qui pourrait correspondre au profil temporel des individus ayant des conduites à risque.
- Un ***profil temporel positif***, à priori fonctionnel, qui pourrait constituer un facteur protecteur vis-à-vis de la symptomatologie dépressive et des croyances négatives, qui pourrait impacter positivement l'image de soi et le sentiment d'efficacité, et pourrait conduire à des stratégies de coping plus adaptées.

Ainsi, les profils retrouvés apparaissent comme une synthèse cohérente des hypothèses que nous avons formulées à l'issue des résultats des trois axes principaux de ce travail de thèse. Ils appuient l'idée que le profil temporel serait une variable pertinente à considérer dans le fonctionnement psychologique. Toutefois, il serait intéressant de réaliser des analyses en profils auprès de patients cliniquement déprimés.

Enfin, tout au long de ce travail de thèse, nous avons intégré une mesure de la *Deviation from Balanced Time Perspective* (DBTP), c'est-à-dire du degré avec lequel le profil temporel des individus s'éloignait du profil temporel optimal proposé par Zimbardo et Boyd (2008).

Dans l'ensemble, les résultats appuient l'importance de l'équilibre du profil temporel, déjà souligné dans la littérature : un profil temporel plus déséquilibré est associé à une symptomatologie dépressive plus sévère, un coping davantage centré sur les émotions

négatives, et moins centré sur la tâche, et à davantage de croyances négatives sur soi et sur les autres. Nous avons également observé que les patients déprimés, ainsi que les participants non-déprimés avec un **profil négatif**, ont un profil temporel plus déséquilibré, davantage éloigné du profil optimal.

Ainsi, la répartition générale du profil temporel pourrait être un indicateur tout aussi pertinent, si ce n'est plus informatif, que l'orientation indépendante envers chaque dimension.

Pour conclure, il apparaît nécessaire de s'interroger davantage sur la nature du concept de perspective temporelle, et notamment sur sa stabilité et sa nature *trait* ou *état*, qui nécessite des designs longitudinaux. Il serait également nécessaire de s'interroger davantage sur les mécanismes qui pourraient sous-tendre le profil temporel. En effet, nous avons explicité dans la revue de la littérature que le rapport au temps était indirectement abordé en psychopathologie, par l'intermédiaire du pessimisme et de l'espoir, des ruminations, ou encore de la mémoire autobiographique ; autant de variables qui, à notre sens, pourrait sous-tendre la construction du profil temporel. Ainsi, des études investiguant le lien entre la perspective temporelle et ces variables constituent des perspectives de recherche très intéressantes pour mieux comprendre la nature et les mécanismes de la perspective temporelle.

Le ZTPI figure aujourd'hui comme l'un des meilleurs outils permettant d'investiguer le profil temporel de façon holistique. Cependant, ce travail de thèse a également soulevé plusieurs limites inhérentes à cet outil : mesure restrictive du futur, ambiguïté du *présent fataliste* qui constitue également indirectement une mesure du futur, une évaluation de la *Balanced Time Perspective* transversale qui ne permet pas de prendre en compte la notion de flexibilité du profil temporel selon les besoins de la situation ; autant d'éléments qui encouragent à enrichir la conceptualisation et la mesure de la perspective temporelle.

Cette démarche de compréhension conceptuelle et d'enrichissement de son évaluation pourrait notamment s'étayer sur une approche qualitative, par l'intermédiaire d'entretiens de recherche destinés à mieux comprendre le rapport au passé, au présent et au futur, notamment chez des individus déprimés. De tels entretiens ont été réalisés au cours de ce travail de thèse, et feront l'objet de futurs travaux.

Par ailleurs, le développement récent des études sur la perspective temporelle dans le champ de la psychopathologie devrait aboutir à des recherches futures qui permettront de répondre aux questions et hypothèses soulevées lors de ce travail.



## POINTS ESSENTIELS

- Un **profil temporel significativement altéré chez les patients déprimés**, associé positivement à la sévérité de la symptomatologie dépressive.
- Le profil temporel des patients déprimés peut, dans une certaine mesure, évoluer en thérapie : pertinence de **cibler thérapeutiquement les biais temporels négatifs**.
- **Intérêt de la TCC** pour augmenter l'orientation vers le futur et réduire les biais négatifs vis-à-vis du passé ; et **intérêt de la pleine conscience** pour permettre un rapport plus distant et moins envahissant vis-à-vis des ruminations du passé.
- Vision négative du passé et fatalisme → en lien avec les **réactions émotionnelles négatives** et désengageantes face aux situations stressantes, et avec la représentation négative et insécurisante de soi et des autres.
- A l'inverse, l'orientation vers le futur permettrait de s'orienter vers des stratégies visant à **modifier directement la situation**, et une vision positive du passé pourrait permettre une image plus positive et sécurisante de soi et du lien à l'autre.
- Nécessité **d'études longitudinales** pour étudier les dynamiques de causalité entre les variables, et nécessité d'intégrer des groupes contrôle et des mesures de l'adhérence à la thérapie pour vérifier l'effet de la thérapie.
- **Améliorer et enrichir le concept de perspective temporelle** → mesure d'un futur négatif avec prise en compte du pessimisme, du désespoir et de l'anxiété pour le futur ; approche écologique de la *Balanced Time Perspective* pour prendre en compte la flexibilité du profil temporel ; investiguer les liens que la perspective temporelle entretient avec les ruminations, le pessimisme, et la mémoire autobiographique ; mener une démarche qualitative



*“La force de changer ce qui peut être changé,*

*La sérénité pour accepter ce qui ne peut pas l’être,*

*La sagesse de faire la différence entre les deux”*

Prière de la sérénité



## Références bibliographiques

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96(2), 358-372. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.96.2.358>
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49-74. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.87.1.49>
- Adams, J. (2009). The role of time perspective in smoking cessation amongst older English adults. *Health Psychology*, 28(5), 529-534. <https://doi.org/10.1037/a0015198>
- Adams, J., & Nettle, D. (2009). Time perspective, personality and smoking, body mass, and physical activity: An empirical study. *British Journal of Health Psychology*, 14(1), 83-105. <https://doi.org/10.1348/135910708X299664>
- Addis, D. R., Hach, S., & Tippett, L. J. (2016). Do strategic processes contribute to the specificity of future simulation in depression? *The British Journal of Clinical Psychology*, 55(2), 167-186. <https://doi.org/10.1111/bjc.12103>
- Ahmadpanah, M., Astinsadaf, S., Akhondi, A., Haghghi, M., Sadeghi Bahmani, D., Nazaribadie, M., & Brand, S. (2017). Early maladaptive schemas of emotional deprivation, social isolation, shame and abandonment are related to a history of suicide attempts among patients with major depressive disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 77, 71-79. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.05.008>
- Akirmak, U. (2014). How is Time Perspective Related to Perceptions of Self and of Interpersonal Relationships? *The Spanish Journal of Psychology*, 17. <https://doi.org/10.1017/sjp.2014.92>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237.

- <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Alea, N., & Bluck, S. (2003). Why are you telling me that? A conceptual model of the social function of autobiographical memory. *Memory, 11*(2), 165-178. <https://doi.org/10.1080/741938207>
- Alea, N., & Bluck, S. (2013). When does meaning making predict subjective well-being? Examining young and older adults in two cultures. *Memory, 21*(1), 44-63. <https://doi.org/10.1080/09658211.2012.704927>
- Alloy, L. B., & Ahrens, A. H. (1987). Depression and pessimism for the future: Biased use of statistically relevant information in predictions for self versus others. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*(2), 366-378.
- Altun, F., & Yazici, H. (2015). The Relationships Between Life Satisfaction, Gender, Social Security, and Depressive Symptoms Among Elderly in Turkey. *Educational Gerontology, 41*(4), 305-314. <https://doi.org/10.1080/03601277.2013.852923>
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*. Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC.
- Anagnostopoulos, F., & Griva, F. (2012). Exploring time perspective in Greek young adults: Validation of the Zimbardo Time Perspective Inventory and relationships with mental health indicators. *Social Indicators Research, 106*(1), 41-59. <https://doi.org/10.1007/s11205-011-9792-y>
- Anderson, R. J., & Evans, G. L. (2015). Mental time travel in dysphoria: Differences in the content and subjective experience of past and future episodes. *Consciousness and Cognition, 37*, 237-248. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2014.05.006>
- Apostolidis, T., & Fioulaine, N. (2004). Validation française de l'échelle de temporalité. [The

- Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI).]. *European Review of Applied Psychology / Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 54(3), 207-217.  
<https://doi.org/10.1016/j.erap.2004.03.001>
- Aymanns, P., Filipp, S. H., & Klauer, T. (1995). Family support and coping with cancer: Some determinants and adaptive correlates. *The British Journal of Social Psychology*, 34 (1), 107-124.
- Baddeley, A. (1988). But what the hell is it for? In *Practical aspects of memory: Current research and issues, Vol. 1 : Memory in everyday life* (p. 3-18). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention : A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143.  
<https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg015>
- Bandura, A. (1980). *L'apprentissage social*. Bruxelles: Pierre Mardaga.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy : The exercise of control*. New York: Freeman.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.51.6.1173>
- Bartczak, M., & Bokus, B. (2015). Cognitive representations (Metaphorical Conceptualizations) of past, future, joy, sadness and happiness in depressive and non-depressive subjects : Cognitive distortions in depression at the level of notion. *Journal of Psycholinguistic Research*, 44(2), 159-185. <https://doi.org/10.1007/s10936-014-9286-6>
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression. II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1964.01720240015003>

- Beck, A. T. (1976). *La thérapie cognitive et les troubles émotionnels*. Bruxelles : De Boeck.
- Beck, A. T., & Beamesderfer, A. (1974). Assessment of depression: The depression inventory. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 7(0), 151-169.
- Beck, A. T., & Beck, R. W. (1972). "Screening depressed patients in family practice. A rapid technique". *Postgraduate Medicine*, 52, 81-85.
- Beck, A. T., & Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, 35(1), 49-58.
- Beck, A. T., Rush, J. A., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865.
- Beck, Aaron T. (1967). *Depression : Clinical, experimental and theoretical aspects*. (Harper & Row). New York.
- Beck, Aaron T. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1(2), 184-200. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(70\)80030-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(70)80030-2)
- Beck, Aaron T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1(1), 5-37.
- Beltman, M. W., Voshaar, R. C. O., & Speckens, A. E. (2010). Cognitive-behavioural therapy for depression in people with a somatic disease: Meta-analysis of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 197(1), 11-19.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.064675>
- Belzung, C., Willner, P., & Philippot, P. (2015). Depression: From psychopathology to

- pathophysiology. *Current Opinion in Neurobiology*, 30, 24-30.  
<https://doi.org/10.1016/j.conb.2014.08.013>
- Bergouignan, L., Lemogne, C., Foucher, A., Longin, E., Vistoli, D., Allilaire, J.-F., & Fossati, P. (2008). Field perspective deficit for positive memories characterizes autobiographical memory in euthymic depressed patients. *Behaviour Research and Therapy*, 46(3), 322-333. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.12.007>
- Birrer, E., Michael, T., & Munsch, S. (2007). Intrusive images in PTSD and in traumatised and non-traumatised depressed patients: A cross-sectional clinical study. *Behaviour Research and Therapy*, 45(9), 2053-2065. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.03.005>
- Bishop, S. J. (2008). Neural mechanisms underlying selective attention to threat. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1129, 141-152.  
<https://doi.org/10.1196/annals.1417.016>
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Bitsko, M. J., Stern, M., Dillon, R., Russell, E. C., & Laver, J. (2008). Happiness and time perspective as potential mediators of quality of life and depression in adolescent cancer. *Pediatric Blood & Cancer*, 50(3), 613-619. <https://doi.org/10.1002/pbc.21337>
- Blomgren, A.-S., Svahn, K., Åström, E., & Rönnlund, M. (2016). Coping Strategies in Late Adolescence: Relationships to Parental Attachment and Time Perspective. *The Journal of Genetic Psychology*, 177(3), 85-96. <https://doi.org/10.1080/00221325.2016.1178101>
- Bluck, S., & Alea, N. (2002). Exploring the functions of autobiographical memory : Why do I remember the autumn? In *Critical advances in reminiscence work: From theory to application* (p. 61-75). New York, NY, US: Springer Publishing Co.
- Bluck, S., Alea, N., Habermas, T., & Rubin, D. C. (2005). A Tale of Three Functions: The Self-

- Reported Uses of Autobiographical Memory. *Social Cognition*, 23(1), 91-117.  
<https://doi.org/10.1521/soco.23.1.91.59198>
- Bolger, N. (1990). Coping as a personality process : A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(3), 525-537. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.59.3.525>
- Bolotova, A. K., & Hachaturova, M. R. (2013). The role of time perspective in coping behavior. *Psychology in Russia: State of Art*, 6(3), 120. <https://doi.org/10.11621/pir.2013.0311>
- Bondolfi, G., Jermann, F., der Linden, M. V., Gex-Fabry, M., Bizzini, L., Rouget, B. W., Bertschy, G. (2010). Depression relapse prophylaxis with Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Replication and extension in the Swiss health care system. *Journal of Affective Disorders*, 122(3), 224-231. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.07.007>
- Boniwell, I., & Zimbardo, P. (2004). Balancing time perspective in pursuit of optimal functioning. In *Positive psychology in practice* (P.A. Linley, S. Joseph, p. 165-178). Hoboken: Wiley & Sons.
- Boniwell, I., & Zimbardo, P. G. (2003). Time to find the right balance. *The Psychologist*, 16(3).
- Boniwell, Ilona, Osin, E., Linley, P. A., & Ivanchenko, G. V. (2010). A question of balance: Time perspective and well-being in British and Russian samples. *The Journal of Positive Psychology*, 5(1), 24-40. <https://doi.org/10.1080/17439760903271181>
- Boniwell, Ilona, & Zimbardo, P. G. (2004). Balancing Time Perspective in Pursuit of Optimal Functioning. In *Positive psychology in practice* (p. 165-178). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Boyd, J. N., & Zimbardo, P. G. (2005). Time Perspective, Health, and Risk Taking. In *Understanding behavior in the context of time : Theory, research, and application* (p. 85-107). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Breier-Williford, S., & Bramlett, R. K. (1995). Time perspective of substance abuse patients: Comparison of the scales in Stanford Time Perspective Inventory, Beck Depression

- Inventory, and Beck Hopelessness Scale. *Psychological Reports*, 77(3), 899-905.  
<https://doi.org/10.2466/pr0.1995.77.3.899>
- Brittlebank, A. D., Scott, J., Williams, J. M., & Ferrier, I. N. (1993). Autobiographical memory in depression : State or trait marker? *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 162, 118-121. <https://doi.org/10.1192/bjp.162.1.118>
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Brown, W. T., & Jones, J. M. (2004). The Substance of Things Hoped for: A Study of the Future Orientation, Minority Status Perceptions, Academic Engagement, and Academic Performance of Black High School Students. *Journal of Black Psychology*, 30(2), 248-273. <https://doi.org/10.1177/0095798403260727>
- Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Concepts, stress, coping. *Recherche en soins infirmiers*, 67, 68-83.
- Bruchon-Schweitzer, M., & Boujut, E. (2014). *Psychologie de la santé—2ème édition. Concepts, méthodes et modèles.* (Psycho Sup). Paris : Dunod.
- Bruchon-Schweitzer, M., & Paulhan, I. (1993). *Manuel : Inventaire d'anxiété Etat-Trait Forme Y (STAI-Y)* (Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée). Paris.
- Buckner, J. P., & Fivush, R. (1998). Gender and self in children's autobiographical narratives. *Applied Cognitive Psychology*, 12, 407-429.
- Callahan, S., & Chabrol, H. (2013). *Mécanismes de défense et coping* (Psycho Sup). Paris : Dunod.
- Calvete, E., Estevez, A., De Arroyabe, E. L., & Ruiz, P. (2005). The schema questionnaire - short form: Structure and relationship with automatic thoughts and symptoms of affective disorders. *European Journal of Psychological Assessment*, 21(2), 90-99.

- Calvete, E., Orue, I., & Hankin, B. L. (2015). A Longitudinal Test of the Vulnerability-Stress Model with Early Maladaptive Schemas for Depressive and Social Anxiety Symptoms in Adolescents. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 37(1), 85-99. <https://doi.org/10.1007/s10862-014-9438-x>
- Campbell, J., Greenauer, N., Macaluso, K., & End, C. (2007). Unrealistic optimism in internet events. *Computers in Human Behavior*, 23(3), 1273-1284. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2004.12.005>
- Carelli, M. G., Wiberg, B., & Wiberg, M. (2011). Development and construct validation of the Swedish Zimbardo Time Perspective Inventory. *European Journal of Psychological Assessment*, 27(4), 220-227. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000076>
- Carlsberg, M., Broc, G., Cazauvieilh, C., Faury, S., & Loyal, D. (2016). *Stats faciles avec R. Guide Pratique*. (ouvertures psychologiques). Bruxelles : De Boeck.
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously. A theory of socioemotional selectivity. *The American Psychologist*, 54(3), 165-181.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100. [https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401\\_6](https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6)
- Chan, D. W. (1992). Coping with depressed mood among Chinese medical students in Hong Kong. *Journal of Affective Disorders*, 24(2), 109-116.
- Chan, E. K.-H. (2006). Efficacy of cognitive-behavioral, pharmacological, and combined treatments of depression: A meta-analysis. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 67(4-B), 2218.
- Chang, E. C. (2003). A critical appraisal and extension of hope theory in middle-aged men and women : Is it important to distinguish agency and pathways components? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22(2), 121-143.

- <https://doi.org/10.1521/jscp.22.2.121.22876>
- Chen, C., Takahashi, T., & Yang, S. (2015). Remembrance of happy things past: Positive autobiographical memories are intrinsically rewarding and valuable, but not in depression. *Frontiers in Psychology, 6*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00222>
- Chua, L. W., Milfont, T. L., & Jose, P. E. (2015). Coping Skills Help Explain How Future-Oriented Adolescents Accrue Greater Well-Being Over Time. *Journal of Youth and Adolescence, 44*(11), 2028-2041. <https://doi.org/10.1007/s10964-014-0230-8>
- Ciesla, J. A., & Roberts, J. E. (2002). Self-directed thought and response to treatment for depression: A preliminary investigation. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 16*(4), 435-453. <https://doi.org/10.1891/jcop.16.4.435.52528>
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Stewart, B. (1990). Cognitive specificity and positive-negative affectivity: Complementary or contradictory views on anxiety and depression? *Journal of Abnormal Psychology, 99*(2), 148-155. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.99.2.148>
- Clark, D. M., Layard, R., Smithies, R., Richards, D. A., Suckling, R., & Wright, B. (2009). Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behaviour Research and Therapy, 47*(11), 910-920. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.07.010>
- Clark, David A., & Beck, A. T. (2010). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. *Trends in Cognitive Sciences, 14*(9), 418-424. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2010.06.007>
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(3), 316-336. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.100.3.316>
- Clarke, G., Debar, L., Lynch, F., Powell, J., Gale, J., O'Connor, E., & Hertert, S. (2005). A randomized effectiveness trial of brief cognitive-behavioral therapy for depressed

- adolescents receiving antidepressant medication. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(9), 888-898.
- Cohen, G. (1998). The effects of aging on autobiographical memory. In *Autobiographical memory: Theoretical and applied perspectives* (p. 105-123) (Lawrence Erlbaum Associates). NJ: Hillsdale.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)* (Lawrence Erlbaum Associates). NJ: Hillsdale.
- Conway, M. A. (2005). Memory and the self. *Journal of Memory and Language*, 53(4), 594-628. <https://doi.org/10.1016/j.jml.2005.08.005>
- Cormier, A., Jourda, B., Laros, C., Walburg, V., & Callahan, S. (2011). L'influence entre les schémas précoces inadaptés et la dépression. *L'Encéphale*, 37(4), 293-298. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2011.01.001>
- Costa, P., & McCrae, R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P., Somerfield, M., & McCrae, R. (1996). Personality and coping: A reconceptualization. In *Handbook of coping: Theory, research, applications* (p. 44-61). New York: Wiley.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1995). Domains and facets: Hierarchical personality assessment using the Revised NEO Personality Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 64(1), 21-50. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6401\\_2](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6401_2)
- Cottraux, J., & Blackburn, I. M. (1995). *Thérapie cognitive des troubles de la personnalité*. Paris : Masson.
- Cousson-Gélie, F. (1997). *L'évolution différentielle de la maladie et de la qualité de vie de patientes atteintes d'un cancer du sein. Une étude semi-prospective en psychologie de la santé*. (Thèse de Doctorat en Psychologie). Université de Bordeaux 2.

- D'Alessio, M., Guarino, A., & Zimbardo, P. G. (2003). Testing Zimbardo's Stanford Time Perspective Inventory (ZPTI): Short form. *Time & Society, 12*(2-3), 333-347.
- Dagleish, T., Williams, J. M. G., Golden, A.-M. J., Perkins, N., Barrett, L. F., Barnard, P. J., & Watkins, E. (2007). Reduced specificity of autobiographical memory and depression: The role of executive control. *Journal of Experimental Psychology. General, 136*(1), 23-42. <https://doi.org/10.1037/0096-3445.136.1.23>
- Dancey, C., & Reidy, J. (2007). *Statistiques sans maths pour psychologues* (ouvertures psychologiques). Bruxelles : De Boeck.
- Darvishi, F., Rahmani, M., Akbari, B., & Rahbar, M. (2013). A Comparison of Relationship between Early Maladaptive Schemas with Depression Severity in Suicidal Group and Non-clinical Sample. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 84*, 1072-1077. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.702>
- Daugherty, J. R., & Brase, G. L. (2010). Taking time to be healthy: Predicting health behaviors with delay discounting and time perspective. *Personality and Individual Differences, 48*(2), 202-207. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.10.007>
- Delay, J., Pichot, P., Lemperiere, T., & Mirouze, R. (1963). La nosologie des états dépressifs. Rapports entre l'étiologie et la sémiologie : II. Résultats du questionnaire de Beck. [The nosology of the depressive states: Relations between etiology and semiology: II. Results of Beck's questionnaire.]. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique, 52*(6), 497-504.
- DeRubeis, R. J., Gelfand, L. A., Tang, T. Z., & Simons, A. D. (1999). Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients : Mega-analysis of four randomized comparisons. *The American Journal of Psychiatry, 156*(7), 1007-1013. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.7.1007>
- DeRubeis, Robert J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon,

- R. M., & Gallop, R. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, *62*(4), 409-416.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.4.409>
- Di Giulio, G. (2007). *Therapist, client factors, and efficacy in Cognitive Behavioural Therapy: A meta-analytic exploration of factors that contribute to positive outcome* (Thesis, University of Ottawa (Canada)). <http://dx.doi.org/10.20381/ruor-19834>
- Dickson, J. M., & Bates, G. W. (2006). Autobiographical memories and views of the future : In relation to dysphoria. *International Journal of Psychology*, *41*(2), 107-116.  
<https://doi.org/10.1080/00207590500188025>
- Diener, E., & Chan, M. Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, *3*(1), 1-43.  
<https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x>
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*(4), 658-670.  
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.4.658>
- Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R., & Jacobson, N. S. (2008). Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and Antidepressant Medication in the Prevention of Relapse and Recurrence in Major Depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, *76*(3), 468-477.  
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.3.468>
- Donaldson, C., & Lam, D. (2004). Rumination, mood and social problem-solving in major depression. *Psychological Medicine*, *34*(7), 1309-1318.
- Dozois, D. J. A. (2007). Stability of negative self-structures: A longitudinal comparison of

- depressed, remitted, and nonpsychiatric controls. *Journal of Clinical Psychology*, 63(4), 319-338. <https://doi.org/10.1002/jclp.20349>
- Dozois, D. J. A., Bieling, P. J., Patelis-Siotis, I., Hoar, L., Chudzik, S., McCabe, K., & Westra, H. A. (2009). Changes in self-schema structure in cognitive therapy for major depressive disorder: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(6), 1078-1088. <https://doi.org/10.1037/a0016886>
- Drake, L., Duncan, E., Sutherland, F., Abernethy, C., & Henry, C. (2008). Time perspective and correlates of wellbeing. *Time & Society*, 17(1), 47-61. <https://doi.org/10.1177/0961463X07086304>
- Dreyfus, G. (2011). Is mindfulness present-centred and non-judgmental? A discussion of the cognitive dimensions of mindfulness. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 41-54. <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564815>
- Duckworth, A. L., Steen, T. A., & Seligman, M. E. P. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 629-651. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144154>
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36(2), 215-226.
- Dunkel, C., & Weber, J. (2010). Using three levels of personality to predict time perspective. *Current Psychology*, 29(2), 95-103.
- Einstein, A. (1905). Zur Elektrodynamik bewegter Körper. *Annalen der Physik*, 17(891).
- Ellis, A. (1958). Rational psychotherapy. *Journal of General Psychology*, 13, 344-350.
- Ellis, Albert. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Oxford, England: Lyle Stuart.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). *Coping Inventory for Stressfull Situations (CISS)*. Toronto: Multi Health Systems Inc.

- Epel, E. S., Bandura, A., & Zimbardo, P. G. (1999). Escaping Homelessness: The Influences of Self-Efficacy and Time Perspective on Coping With Homelessness. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(3), 575-596. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1999.tb01402.x>
- Farb, N. A. S., Segal, Z. V., Mayberg, H., Bean, J., McKeon, D., Fatima, Z., & Anderson, A. K. (2007). Attending to the present: Mindfulness meditation reveals distinct neural modes of self-reference. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 2(4), 313-322. <https://doi.org/10.1093/scan/nsm030>
- Feldman, G. C., Joormann, J., & Johnson, S. L. (2008). Responses to Positive Affect: A Self-Report Measure of Rumination and Dampening. *Cognitive therapy and research*, 32(4), 507-525. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9083-0>
- Felton, B. J., & Revenson, T. A. (1984). Coping with chronic illness: A study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(3), 343-353.
- Fieulaine, N. (2006). *Perspective temporelle, situations de précarité et santé : Une approche psychosociale du temps (Thèse de doctorat)*. Université de Provence.
- Fieulaine, N., Apostolidis, T., & Olivetto, F. (2006). Précarité et troubles psychologiques : L'effet médiateur de la perspective temporelle. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, Numéro 72(4)*, 51-64.
- Fieulaine, N., & Martinez, F. (2010). Time under control: Time perspective and desire for control in substance use. *Addictive Behaviors*, 35(8), 799-802. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.03.022>
- Finucane, A., & Mercer, S. W. (2006). An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness -based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *BMC Psychiatry*, 6(1), 14.

- <https://doi.org/10.1186/1471-244X-6-14>
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Smit, F., & Westerhof, G. J. (2010). Mental health promotion as a new goal in public mental health care: A randomized controlled trial of an intervention enhancing psychological flexibility. *American Journal of Public Health, 100*(12), 2372. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.196196>
- Flett, G. L., Madorsky, D., Hewitt, P. L., & Heisel, M. J. (2002). Perfectionism cognitions, rumination, and psychological distress. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 20*(1), 33-47. <https://doi.org/10.1023/A:1015128904007>
- Folkman, S., & Lazarus, R. (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology, 3*, 571-579.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research. *Social Science & Medicine (1982), 26*(3), 309-317.
- Fong, G. T., & Hall, P. A. (2003). The importance of time perspective in predicting, understanding, and reducing health risk behaviors among adolescents. In *Reducing adolescent risk : Toward an integrated approach* (D. Romer). Newbury Park: Sage.
- Foster, J. M., & Gallagher, D. (1986). An exploratory study comparing depressed and nondepressed elders' coping strategies. *Journal of Gerontology, 41*(1), 91-93.
- Fox, M. D., & Greicius, M. (2010). Clinical Applications of Resting State Functional Connectivity. *Frontiers in Systems Neuroscience, 4*. <https://doi.org/10.3389/fnsys.2010.00019>
- Geiger, K. A., & Kwon, P. (2010). Rumination and depressive symptoms: Evidence for the moderating role of hope. *Personality and Individual Differences, 49*(5), 391-395. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.04.004>
- Gigot, C., Reynaert, C., & Zdanowicz, N. (2016). Ways of coping and multidimensional health locus of control in hospitalized depressed patients admitted through the emergency

- department or consultations. *Psychiatria Danubina*, 28(Suppl-1), 175-178.
- Glaser, B. A., Campbell, L. F., Calhoun, G. B., Bates, J. M., & Petrocelli, J. V. (2002). The Early Maladaptive Schema Questionnaire-Short Form: A construct validity study. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 35(1), 2-13.
- Godfrin, K. A., & van Heeringen, C. (2010). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, 48(8), 738-746. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.04.006>
- Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion (Washington, D.C.)*, 10(1), 83-91. <https://doi.org/10.1037/a0018441>
- Gomes Carvalho, R. G., & Novo, R. F. (2015). Personality traits, future time perspective and adaptive behavior in adolescence. *The Spanish Journal of Psychology*, 18, E19. <https://doi.org/10.1017/sjp.2015.20>
- Goodwin, R. D. (2006). Association Between Coping With Anger and Feelings of Depression Among Youths. *American Journal of Public Health*, 96(4), 664-669. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.049742>
- Grace, L., Dewhurst, S. A., & Anderson, R. J. (2016). A dysphoric's TALE: The relationship between the self-reported functions of autobiographical memory and symptoms of depression. *Memory (Hove, England)*, 24(9), 1173-1181. <https://doi.org/10.1080/09658211.2015.1084009>
- Greenberg, J., Pyszczynski, T., Burling, J., & Tibbs, K. (1992). Depression, self-focused attention, and the self-serving attributional bias. *Personality and Individual Differences*, 13(9), 959-965. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(92\)90129-D](https://doi.org/10.1016/0191-8869(92)90129-D)
- Greenglass, E. (2002). Proactive coping and quality of life management. In *Beyond coping:*

- Meeting goals, visions, and challenges* (E. Frydenberg, p. 37-62). Oxford, England: Oxford University Press.
- Greer, S., Morris, T., & Pettingale, K. W. (1979). Psychological response to breast cancer: Effect on outcome. *Lancet*, 2(8146), 785-787.
- Groth-Marnat, G. (1990). *The handbook of psychological assessment* (John Wiley & Sons). New York, NY, US.
- Haden, S. C., & Scarpa, A. (2008). Community violence victimization and depressed mood: The moderating effects of coping and social support. *Journal of Interpersonal Violence*, 23(9), 1213-1234. <https://doi.org/10.1177/0886260508314297>
- Hall, P. A., Fong, G. T., & Cheng, A. Y. (2012). Time perspective and weight management behaviors in newly diagnosed Type 2 diabetes : A mediational analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 35(6), 569-580. <https://doi.org/10.1007/s10865-011-9389-6>
- Halvorsen, M., Wang, C. E., Richter, J., Myrland, I., Pedersen, S. K., Eisemann, M., & Waterloo, K. (2009). Early maladaptive schemas, temperament and character traits in clinically depressed and previously depressed subjects. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(5), 394-407. <https://doi.org/10.1002/cpp.618>
- Hamilton, J. M., Kives, K. D., Micevski, V., & Grace, S. L. (2003). Time perspective and health-promoting behavior in a cardiac rehabilitation population. *Behavioral Medicine (Washington, D.C.)*, 28(4), 132-139. <https://doi.org/10.1080/08964280309596051>
- Hammen, C. (1991). Generation of stress in the course of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 555-561. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.4.555>
- Harber, K. D., Zimbardo, P. G., & Boyd, J. N. (2003). Participant Self-Selection Biases as a Function of Individual Differences in Time Perspective. *Basic and Applied Social Psychology*, 25(3), 255-264. [https://doi.org/10.1207/S15324834BASP2503\\_08](https://doi.org/10.1207/S15324834BASP2503_08)
- Harkness, K. L., Monroe, S. M., Simons, A. D., & Thase, M. (1999). The generation of life

- events in recurrent and non-recurrent depression. *Psychological Medicine*, 29(1), 135-144.
- Harris, A. E., & Curtin, L. (2002). Parental Perceptions, Early Maladaptive Schemas, and Depressive Symptoms in Young Adults. *Cognitive Therapy and Research*, 26(3), 405-416. <https://doi.org/10.1023/A:1016085112981>
- Harris, P., & Middleton, W. (1994). The illusion of control and optimism about health: On being less at risk but no more in control than others. *The British Journal of Social Psychology*, 33 (4), 369-386.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Heckman, C. J., Wilson, D. B., & Ingersoll, K. S. (2009). The influence of appearance, health, and future orientations on tanning behavior. *American Journal of Health Behavior*, 33(3), 238-243.
- Heim, E. (1988). Coping and psychosocial adaptation. *Journal of Mental Health Counseling*, 10, 136-144.
- Henson, J. M., Carey, M. P., Carey, K. B., & Maisto, S. A. (2006). Associations Among Health Behaviors and Time Perspective in Young Adults. *Journal of behavioral medicine*, 29(2), 127-137. <https://doi.org/10.1007/s10865-005-9027-2>
- Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(5), 946-955. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.5.946>
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R. M., O'Reardon,

- J. P., ... Gallop, R. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62(4), 417-422. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.4.417>
- Holman, E. A., & Silver, R. C. (1998). Getting « stuck » in the past: Temporal orientation and coping with trauma. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1146-1163.
- Horwitz, A. G., Hill, R. M., & King, C. A. (2011). Specific coping behaviors in relation to adolescent depression and suicidal ideation. *Journal of Adolescence*, 34(5), 1077-1085. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2010.10.004>
- Howell, R., Kern, M. L., & Lyubomirsky, S. (2007). Health benefits: Meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review*, 1(1), 83-136. <https://doi.org/10.1080/17437190701492486>
- Hunt, E., & Lansman, M. (1986). Unified model of attention and problem solving. *Psychological Review*, 93(4), 446-461. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.93.4.446>
- James, W. (1890). *The Principles of Psychology (Vol. 1)*. New York: Dover.
- Jankowski, K. S., Stolarski, M., & Zajenkowski, M. (s. d.). *Mind the balance, be contented : Balanced time perspective mediates the relationship between mindfulness and life satisfaction*. Consulté à l'adresse <https://www.academia.edu/16131472/MindthebalancebecontentedBalancedtimeperspectivemediatestherelationshipbetweenmindfulnessandlifesatisfaction>
- Jha, A. P., Stanley, E. A., Kiyonaga, A., Wong, L., & Gelfand, L. (2010). Examining the protective effects of mindfulness training on working memory capacity and affective experience. *Emotion (Washington, D.C.)*, 10(1), 54-64. <https://doi.org/10.1037/a0018438>
- John, P. D. S., Mackenzie, C., & Menec, V. (2015). Does life satisfaction predict five-year mortality in community-living older adults? *Aging & Mental Health*, 19(4), 363-370.

- <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.938602>
- Joormann, J., & Siemer, M. (2004). Memory accessibility, mood regulation, and dysphoria: Difficulties in repairing sad mood with happy memories? *Journal of Abnormal Psychology, 113*(2), 179-188. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.113.2.179>
- Joormann, J., Siemer, M., & Gotlib, I. H. (2007). Mood regulation in depression: Differential effects of distraction and recall of happy memories on sad mood. *Journal of Abnormal Psychology, 116*(3), 484-490. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.3.484>
- Jorm, A. F., Morgan, A. J., & Hetrick, S. E. (2008). Relaxation for depression. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, (4)*, CD007142. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007142.pub2>
- Just, N., & Alloy, L. B. (1997). The response styles theory of depression: Tests and an extension of the theory. *Journal of Abnormal Psychology, 106*(2), 221-229.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Où tu vas, tu es*. Paris : J'ai lu.
- Kabat-Zinn, J. (2006). *L'éveil des sens*. Paris : Pocket.
- Kabat-Zinn, Z. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New-York: Delta Trade Paperbacks.
- Kahneman, D. (1973). *Attention and effort*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Kairys, A. (2010). Correlations between time perspective and personality traits in different age groups. *Titai, 2*, 159-173.
- Kairys, A., & Liniauskaite, A. (2015). Time perspective and personality. In *Time perspective theory; research and application : Essays in honor of Philip G. Zimbardo* (Springer, p. 99-113). Stolarski, M., Fieulaine, N., van Beek, W.
- Kant, I. (1781). *Kritik der reinen Vernunft*. Essen : Mundus Verlag.
- Kaufman, N. K., Rohde, P., Seeley, J. R., Clarke, G. N., & Stice, E. (2005). Potential mediators of cognitive-behavioral therapy for adolescents with comorbid major depression and

- conduct disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 38-46.  
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.1.38>
- Kaya Lefèvre, H., Mirabel-Sarron, C., Docteur, A., Leclerc, V., Laszcz, A., Gorwood, P., & Bungener, C. (2019). Time perspective differences between depressed patients and non-depressed participants, and their relationships with depressive and anxiety symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 246, 320-326. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.053>
- Kaya Lefèvre, H., Vansimaey, C., Bungener, C., Wolf, J., & Dorard, G. (2019). La perspective temporelle des étudiants français en première année d'études supérieures : Quels liens avec les stratégies de coping et le sentiment d'efficacité? *Article soumis pour publication*.
- Kendler, K. S., Karkowski, L. M., & Prescott, C. A. (1999). Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *The American Journal of Psychiatry*, 156(6), 837-841. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.6.837>
- Keough, K. A., Zimbardo, P. G., & Boyd, J. N. (1999). Who's smoking, drinking, and using drugs? Time perspective as a predictor of substance use. *Basic and Applied Social Psychology*, 21(2), 149-164. <https://doi.org/10.1207/15324839951036498>
- Kerfoot, M., Harrington, R., Harrington, V., Rogers, J., & Verduyn, C. (2004). A step too far? Randomized trial of cognitive-behaviour therapy delivered by social workers to depressed adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(2), 92-99.  
<https://doi.org/10.1007/s00787-004-0362-6>
- Kinderman, P., Schwannauer, M., Pontin, E., & Tai, S. (2013). Psychological Processes Mediate the Impact of Familial Risk, Social Circumstances and Life Events on Mental Health. *PLOS ONE*, 8(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0076564>
- Kingston, T., Dooley, B., Bates, A., Lawlor, E., & Malone, K. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychology and Psychotherapy*,

- 80(2), 193-203. <https://doi.org/10.1348/147608306X116016>
- Koleck, M., Bruchon-Schweitzer, M., & Bourgeois, M. (2003). Stress et coping : Un modèle intégratif en psychologie de la santé. *Annales Médico Psychologiques*, 161, 809-815.
- Kolesovs, A. (2002). The relation between time perspective and locus of control in high school students. *Baltic Journal of Psychology*, 3(2), 7-19.
- Kovač, V. B., & Rise, J. (2007). The relation between past behavior, intention, planning, and quitting smoking: The moderating effect of future orientation. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 12(2), 82-100. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9861.2007.00015.x>
- Kuehner, C., & Weber, I. (1999). Responses to depression in unipolar depressed patients: An investigation of Nolen-Hoeksema's response styles theory. *Psychological Medicine*, 29(6), 1323-1333.
- Kuiper, N. A. (1978). Depression and causal attributions for success and failure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36(3), 236-246.
- Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R. S., Watkins, E., Holden, E., White, K., & Teasdale, J. D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 966-978. <https://doi.org/10.1037/a0013786>
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S., Byford, S., & Dalglish, T. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behaviour Research and Therapy*, 48(11), 1105-1112. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.08.003>
- Ladouceur, R., & Dugas, M. J. (1999). Le trouble d'anxiété généralisée. In *Approche cognitive et comportementale* (Ladouceur, R., Marchand, A., Boisvert, J.M., p. 31-57). Paris: Masson.
- Lam, D., Smith, N., Checkley, S., Rijdsdijk, F., & Sham, P. (2003). Effect of neuroticism,

- response style and information processing on depression severity in a clinically depressed sample. *Psychological Medicine*, 33(3), 469-479.
- Lang, F. R., & Carstensen, L. L. (2002). Time counts : Future time perspective, goals, and social relationships. *Psychology and Aging*, 17(1), 125-139. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.17.1.125>
- Lavender, A., & Watkins, E. (2004). Rumination and future thinking in depression. *The British Journal of Clinical Psychology*, 43(Pt 2), 129-142. <https://doi.org/10.1348/014466504323088015>
- Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: Mac Graw Hill.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R., & Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. In *Perspectives in interactional psychology*. (L.A Pervin et M. Lewis, p. 287-327). New York: Plenum.
- Lazarus, R. S. (1991). Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. *American Psychologist*, 46(8), 819-834. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.46.8.819>
- Lemogne, C., Piolino, P., Friszer, S., Claret, A., Girault, N., Jouvent, R., & Fossati, P. (2006). Episodic autobiographical memory in depression: Specificity, auto-noetic consciousness, and self-perspective. *Consciousness and Cognition*, 15(2), 258-268. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2005.07.005>
- Leonard, N. R., Jha, A. P., Casarjian, B., Goolsarran, M., Garcia, C., Cleland, C. M., & Massey, Z. (2013). Mindfulness training improves attentional task performance in incarcerated youth: A group randomized controlled intervention trial. *Frontiers in Psychology*, 4, 792. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00792>
- Lewin, K. (1951). *Field theory in the social sciences : Selected theoretical papers*. New York: Harper.

- Lewinsohn, P. M., Mischel, W., Chaplin, W., & Barton, R. (1980). Social competence and depression: The role of illusory self-perceptions. *Journal of Abnormal Psychology*, 89(2), 203-212.
- Lishman, W. A. (1972). Selective factors in memory: II. Affective disorder. *Psychological Medicine*, 2(3), 248-253. <https://doi.org/10.1017/S0033291700042549>
- Livneh, H., & Martz, E. (2007). Reactions to diabetes and their relationship to time orientation. *International Journal of Rehabilitation Research. Internationale Zeitschrift Fur Rehabilitationsforschung. Revue Internationale De Recherches De Readaptation*, 30(2), 127-136. <https://doi.org/10.1097/MRR.0b013e32813a2ed6>
- Luhmann, M., Hofmann, W., Eid, M., & Lucas, R. E. (2012). Subjective well-being and adaptation to life events: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(3), 592-615. <https://doi.org/10.1037/a0025948>
- Luszczynska, A., Gibbons, F. X., Piko, B. F., & Tekozel, M. (2004). Self-regulatory cognitions, social comparison, and perceived peers' behaviors as predictors of nutrition and physical activity : A comparison among adolescents in Hungary, Poland, Turkey, and USA. *Psychology & Health*, 19(5), 577-593. <https://doi.org/10.1080/0887044042000205844>
- Luyckx, K., Lens, W., Smits, I., & Goossens, L. (2010). Time perspective and identity formation: Short-term longitudinal dynamics in college students. *International Journal of Behavioral Development*, 34(3), 238-247. <https://doi.org/10.1177/0165025409350957>
- Lyubomirsky, S., Caldwell, N. D., & Nolen-Hoeksema, S. (1998). Effects of ruminative and distracting responses to depressed mood on retrieval of autobiographical memories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(1), 166-177.
- Lyubomirsky, S., & Nolen-Hoeksema, S. (1993). Self-perpetuating properties of dysphoric

- rumination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2), 339-349.
- Lyubomirsky, S., & Nolen-Hoeksema, S. (1995). Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(1), 176-190.
- Lyubomirsky, S., Tucker, K. L., Caldwell, N. D., & Berg, K. (1999). Why ruminators are poor problem solvers: Clues from the phenomenology of dysphoric rumination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(5), 1041-1060.
- Ma, S. H., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression : Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 31-40. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.1.31>
- Mackinger, H. F., Pachinger, M. M., Leibetseder, M. M., & Fartacek, R. R. (2000). Autobiographical memories in women remitted from major depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(2), 331-334.
- MacLeod, A. K., & Croyley, M. L. (1995). Depressive future-thinking: The role of valence and specificity. *Cognitive Therapy and Research*, 19(1), 35-50. <https://doi.org/10.1007/BF02229675>
- MacLeod, A. K., & Salaminiou, E. (2001). Reduced positive future-thinking in depression: Cognitive and affective factors. *Cognition and Emotion*, 15(1), 99-107. <https://doi.org/10.1080/0269993004200006>
- MacLeod, A. K., Tata, P., Kentish, J., Carroll, F., & Hunter, E. (1997, mars 1). Anxiety, Depression, and Explanation-based Pessimism for Future Positive and Negative Events. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199703\)4:1<15::AID-CPP112>3.0.CO;2-#](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199703)4:1<15::AID-CPP112>3.0.CO;2-#)
- Mathews, A., & MacLeod, C. (2005). Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 167-195.

- <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143916>
- Mayberg, H. S. (2003). Modulating dysfunctional limbic-cortical circuits in depression: Towards development of brain-based algorithms for diagnosis and optimised treatment. *British Medical Bulletin*, *65*, 193-207.
- Mazure, C. M. (1998). Life stressors as risk factors in depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *5*(3), 291-313. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00151.x>
- McCrae, R. (1992). Situational determinants of coping. In *Personal coping: Theory, research and applications* (p. 65-76). New York: Praeger.
- McCrae, R. (2005). Personality structure. In *Personality. Contemporary theory and research* (V.J. Derlega, B.A., Winstead, W.H. Jones, p. 192-217). Belmont: Wadsworth Publishing.
- McCrae, R., & Costa, P. (2003). *Personality in adulthood*. New York: The Guilford Press.
- McCrae, R. R. (1984). Situational determinants of coping responses: Loss, threat, and challenge. *Journal of Personality and Social Psychology*, *46*(4), 919-928.
- McFarland, C., & Buehler, R. (1998). The impact of negative affect on autobiographical memory: The role of self-focused attention to moods. *Journal of Personality and Social Psychology*, *75*(6), 1424-1440.
- McKay, M. T., Andretta, J. R., & Cole, J. C. (2017). How Individuals Feel About the Past, Present, and Future Bears Little Relation to Alcohol-Related Problems, Anxiety, and Depression: A Person-Centered Analysis in a University Sample. *Substance Use & Misuse*, *52*(6), 734-741. <https://doi.org/10.1080/10826084.2016.1263662>
- McKay, M. T., Andretta, J. R., Magee, J., & Worrell, F. C. (2014). What do temporal profiles tell us about adolescent alcohol use? Results from a large sample in the United Kingdom. *Journal of Adolescence*, *37*(8), 1319-1328. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.09.008>

- McKay, M. T., Cole, J. C., & Percy, A. (2017). Temporal focus clusters differ meaningfully in terms of anxiety and depressive symptomatology. *Psychiatry Research*, *256*, 283-285. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.061>
- Melvin, G. A., Tonge, B. J., King, N. J., Heyne, D., Gordon, M. S., & Klimkeit, E. (2006). A comparison of cognitive-behavioral therapy, sertraline, and their combination for adolescent depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *45*(10), 1151-1161. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000233157.21925.71>
- Michl, L. C., McLaughlin, K. A., Shepherd, K., & Nolen-Hoeksema, S. (2013). Rumination as a mechanism linking stressful life events to symptoms of depression and anxiety: Longitudinal evidence in early adolescents and adults. *Journal of Abnormal Psychology*, *122*(2), 339-352. <https://doi.org/10.1037/a0031994>
- Mihaescu, G., Séchaud, M., Cottraux, J., Velardi, A., Heinze, X., Finot, S. C., & Baettig, D. (1997). [The Young Cognitive Schema Questionnaire: Translation and preliminary validation]. *L'Encéphale*, *23*(3), 200-208.
- Mikulincer, M., & Solomon, Z. (1989). Causal attribution, coping strategies, and combat-related post-traumatic stress disorder. *European Journal of Personality*, *3*(4), 269-284. <https://doi.org/10.1002/per.2410030404>
- Mirabel-Sarron, C., & Docteur, A. (2013a). *Apprendre à soigner les dépressions avec les thérapies comportementales et cognitives*. Paris: Dunod.
- Mirabel-Sarron, C., & Vera, L. (2014). *L'entretien en thérapie comportementale et cognitive*. Paris: Dunod.
- Miranda, R., & Mennin, D. S. (2007). Depression, generalized anxiety disorder, and certainty in pessimistic predictions about the future. *Cognitive Therapy and Research*, *31*(1), 71-82. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9063-4>
- Monestes, J.-L., & Baeyens, C. (2016). *L'approche transdiagnostique en psychopathologie*.

Paris : Dunod.

- Monroe, S. M., & Harkness, K. L. (2005). Life Stress, the « Kindling » Hypothesis, and the Recurrence of Depression: Considerations From a Life Stress Perspective. *Psychological Review*, *112*(2), 417-445. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.112.2.417>
- Moore, S., & Gullone, E. (1996). Predicting adolescent risk behavior using a personalized cost-benefit analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, *25*(3), 343-359. <https://doi.org/10.1007/BF01537389>
- Morina, N., Deepro, C., Pusowski, C., Schmid, M., & Holmes, E. A. (2011). Prospective mental imagery in patients with major depressive disorder or anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, *25*(8), 1032-1037. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.06.012>
- Morrow, J., & Nolen-Hoeksema, S. (1990). Effects of responses to depression on the remediation of depressive affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, *58*(3), 519-527.
- Muris, P., Schmidt, H., Lambrichs, R., & Meesters, C. (2001). Protective and vulnerability factors of depression in normal adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, *39*(5), 555-565.
- Muro, A., Feliu-Soler, A., Castellà, J., Deví, J., & Soler, J. (2017). Does Time Perspective Predict Life Satisfaction? A Study Including Mindfulness as a Measure of Time Experience in a Sample of Catalan Students. *Mindfulness*, *8*(3), 655-663. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0644-3>
- Neisser, U. (1988). Five kinds of self-knowledge. *Philosophical Psychology*, *1*(1), 35-59. <https://doi.org/10.1080/09515088808572924>
- Nelson, K. (1993). The psychological and social origins of autobiographical memory. *Psychological Science*, *4*(1), 7-14. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1993.tb00548.x>
- Nelson, R. E., & Craighead, W. E. (1977). Selective recall of positive and negative feedback,

- self-control behaviors, and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(4), 379-388. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.86.4.379>
- Newby, J. M., & Moulds, M. L. (2011). Characteristics of intrusive memories in a community sample of depressed, recovered depressed and never-depressed individuals. *Behaviour Research and Therapy*, 49(4), 234-243. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.01.003>
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 504-511.
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(5), 1061-1072.
- Nolen-Hoeksema, Susan, & Davis, C. G. (1999). « Thanks for sharing that »: Ruminators and their social support networks. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(4), 801-814. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.4.801>
- Nolen-Hoeksema, Susan, & Jackson, B. (2001). Mediators of the gender difference in rumination. *Psychology of Women Quarterly*, 25(1), 37-47. <https://doi.org/10.1111/1471-6402.00005>
- Nolen-Hoeksema, Susan, & Morrow, J. (1993). Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition and Emotion*, 7(6), 561-570. <https://doi.org/10.1080/02699939308409206>
- Nolen-Hoeksema, Susan, Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, 3(5), 400-424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
- Nurmi, J.-E. (2005). Thinking About and Acting Upon the Future: Development of Future Orientation Across the Life Span. In *Understanding behavior in the context of time : Theory, research, and application* (p. 31-57). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

- Nuttin, J. (1964). The future time perspective in human motivation and learning. *Acta Psychologica*, 23, 60-83.
- Nuttin, J. (1981). *Motivation et perspective d'avenir*. Louvain: Presses Universitaires de Louvain.
- Nuttin, J. (1985). *Future time perspective and motivation: Theory and research method*. Hillsdale: Erlbaum.
- Olf, M. (1991). *Defence and coping: Self reportel health and psychobiological correlates*. Utrecht: ISOR.
- Oliviera-Figueroa, I., Asthana, S., Odisho, N., Ortiz Velez, A., Cuebas, K., & Lopez Cordova, N. (2016). *Emerging cross-cultural research: The role of time perspective on wellbeing, life satisfaction and mindfulness*. Hauppauge: Nova Science Publishers, Inc.
- Orbell, S., & Hagger, M. (2006). Temporal framing and the decision to take part in type 2 diabetes screening: Effects of individual differences in consideration of future consequences on persuasion. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 25(4), 537-548. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.25.4.537>
- Orbell, S., Perugini, M., & Rakow, T. (2004). Individual differences in sensitivity to health communications: Consideration of future consequences. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 23(4), 388-396. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.23.4.388>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2017). *Communiqué de presse*. Disponible sur : <Http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/world-health-day/fr/>.
- Orue, I., Calvete, E., & Padilla, P. (2014). Brooding rumination as a mediator in the relation between early maladaptive schemas and symptoms of depression and social anxiety in adolescents. *Journal of Adolescence*, 37(8), 1281-1291.

- <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.09.004>
- Oyanadel, C., & Buela-Casal, G. (2014). Time perception and psychopathology: Influence of time perspective on quality of life of severe mental illness. *Actas Espanolas De Psiquiatria*, 42(3), 99-107.
- Pace, P., & Smith, J. (2011). *L'Intégration du Cycle de la Vie : Une technique permettant de mettre fin au cycle de la violence familiale*. Paris: Coutanceau, R., Smith, J.
- Parrott, W. G., & Sabini, J. (1990). Mood and memory under natural conditions : Evidence for mood incongruent recall. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(2), 321-336.  
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.59.2.321>
- Paulhan, I. (1992). Le concept de coping. *L'année psychologique*, 92(4), 545-557.
- Pavlov, I. P. (1927). *Conditioned Reflexes*. Londres, Oxford: Univ. Press.
- Payne, R., & Firth-Cozens, J. (1987). *Stress in health professionals*. New York.
- Peterson, C. (2000). The future of optimism. *The American Psychologist*, 55(1), 44-55.
- Petrocelli, J. V., Glaser, B. A., Calhoun, G. B., & Campbell, L. F. (2001). Cognitive Schemas as Mediating Variables of the Relationship Between the Self-Defeating Personality and Depression. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(3), 183-191.  
<https://doi.org/10.1023/A:1010969321426>
- Philippot, P., Bouvard, M., Baeyens, C., & Dethier, V. (2015). Vers un protocole de traitement processuel et modulaire des troubles anxio-dépressifs. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 25(3), 106-116.  
<https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2015.07.001>
- Pillemer, D. B. (1998). *Momentous events, vivid memories*. Cambridge, MA, US: Harvard University Press.
- Pillemer, D. B. (2009). Commentary: Twenty years after Baddeley (1988): Is the study of autobiographical memory fully functional? *Applied Cognitive Psychology*, 23(8),

- 1193-1208. <https://doi.org/10.1002/acp.1619>
- Place, P. J., Ling, S., & Patihis, L. (2018). Full statistical mediation of the relationship between trauma and depressive symptoms. *International Journal of Psychology: Journal International De Psychologie*, *53*(2), 142-149. <https://doi.org/10.1002/ijop.12279>
- Pluck, G., Lee, K.-H., Lauder, H. E., Fox, J. M., Spence, S. A., & Parks, R. W. (2008). Time perspective, depression, and substance misuse among the homeless. *The Journal of Psychology*, *142*(2), 159-168. <https://doi.org/10.3200/JRLP.142.2.159-168>
- Provencher, M., Bélanger, L., St-Amand, J., & Pelletier, O. (2006). *Manuel de thérapie cognitivo-comportementale de groupe pour dépression unipolaire*. UTCC, Service de Consultation de l'École de psychologie de l'Université de Laval, Canada.
- Pyszczynski, T., Holt, K., & Greenberg, J. (1987). Depression, self-focused attention, and expectancies for positive and negative future life events for self and others. *Journal of Personality and Social Psychology*, *52*(5), 994-1001.
- Pyszczynski, Tom, Hamilton, J. C., Herring, F. H., & Greenberg, J. (1989). Depression, self-focused attention, and the negative memory bias. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*(2), 351-357. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.2.351>
- Renner, F., Lobbestael, J., Peeters, F., Arntz, A., & Huibers, M. (2012). Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *Journal of Affective Disorders*, *136*(3), 581-590. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.10.027>
- Reynolds, W. M., & Gould, J. W. (1981). A psychometric investigation of the standard and short form Beck Depression Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *49*(2), 306-307.
- Rimes, K. A., & Watkins, E. (2005). The effects of self-focused rumination on global negative self-judgements in depression. *Behaviour Research and Therapy*, *43*(12), 1673-1681.

- <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.12.002>
- Riso, L. P., du Toit, P. L., Blandino, J. A., Penna, S., Dacey, S., Duin, J. S., & Ulmer, C. S. (2003). Cognitive aspects of chronic depression. *Journal of Abnormal Psychology, 112*(1), 72-80. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.112.1.72>
- Rizley, R. (1978). Depression and distortion in the attribution of causality. *Journal of Abnormal Psychology, 87*(1), 32-48. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.87.1.32>
- Robbins, P. R., & Tanck, R. H. (1992). Stress, coping techniques, and depressed affect: Explorations within a normal sample. *Psychological Reports, 70*(1), 147-152. <https://doi.org/10.2466/pr0.1992.70.1.147>
- Robinson, J. A. (1986). Autobiographical memory: A historical prologue. In *Autobiographical memory* (p. 19-24). <https://doi.org/10.1017/CBO9780511558313.005>
- Robinson, M. S., & Alloy, L. B. (2003). Negative Cognitive Styles and Stress-Reactive Rumination Interact to Predict Depression: A Prospective Study. *Cognitive Therapy and Research, 27*(3), 275-291. <https://doi.org/10.1023/A:1023914416469>
- Rönnlund, M., Koudriavtseva, A., Germundsjö, L., Eriksson, T., Åström, E., & Carelli, M. G. (2019). Mindfulness Promotes a More Balanced Time Perspective : Correlational and Intervention-Based Evidence. *Mindfulness*. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01113-x>
- Rosenberg, S. J., Peterson, R. A., & Hayes, J. R. (1987). Coping behaviors among depressed and nondepressed medical inpatients. *Journal of Psychosomatic Research, 31*(5), 653-658.
- Rothspan, S., & Read, S. J. (1996). Present versus future time perspective and HIV risk among heterosexual college students. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association, 15*(2), 131-134.
- Rusinek, S. (2006). *Soigner les schémas de pensées : Une approche de la restructuration*

- cognitive*. Paris: Dunod.
- Sailer, U., Rosenberg, P., Nima, A. A., Gamble, A., Gärling, T., Archer, T., & Garcia, D. (2014). A happier and less sinister past, a more hedonistic and less fatalistic present and a more structured future: Time perspective and well-being. *PeerJ*, 2, e303. <https://doi.org/10.7717/peerj.303>
- Sawilowski, S. (2009). New effect size rules of thumb. *Journal of Modern Applied Statistical Methods*, 8(2), 597-599.
- Schmidt, L. (1988). Coping with surgical stress: Some results and some problems. In *Topics in Health Psychology* (S. Maes et C.D. Spielberger, p. 219-227). New York: Wiley.
- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E., & Telch, M. J. (1995). The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 19(3), 295-321. <https://doi.org/10.1007/BF02230402>
- Seema, R., & Sircova, A. (2013). Mindfulness—A time perspective? Estonian study. *Baltic Journal of Psychology*, 14(1-2), 4-21.
- Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. D. (2006). *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression : Une nouvelle approche pour prévenir la rechute*. Bruxelles : De Boek.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness : On depression, development, and death*. New York, NY, US: W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co.
- Shah, R., & Waller, G. (2000). Parental style and vulnerability to depression: The role of core beliefs. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(1), 19-25. <https://doi.org/10.1097/00005053-200001000-00004>
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373-386. <https://doi.org/10.1002/jclp.20237>

- Sharot, T. (2011). The optimism bias. *Current Biology*, 21(23), R941-R945.  
<https://doi.org/10.1016/j.cub.2011.10.030>
- Sheehan, D., Lecrubier, Y., Harnett Sheehan, K., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, A., & Dunbar, G. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry*, 12(5), 232-241. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(97\)83297-X](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(97)83297-X)
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (20).
- Sheldon, K. M., & Lyubomirsky, S. (2006). How to increase and sustain positive emotion: The effects of expressing gratitude and visualizing best possible selves. *The Journal of Positive Psychology*, 1(2), 73-82. <https://doi.org/10.1080/17439760500510676>
- Shipp, A. J., Edwards, J. R., & Lambert, L. S. (2009). Conceptualization and measurement of temporal focus: The subjective experience of the past, present, and future. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 110(1), 1-22.  
<https://doi.org/10.1016/j.obhdp.2009.05.001>
- Siegel, D. J. (2009). Mindful Awareness, Mindsight, and Neural Integration. *The Humanistic Psychologist*, 37(2), 137-158. <https://doi.org/10.1080/08873260902892220>
- Sipe, W. E. B., & Eisendrath, S. J. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy: Theory and practice. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 57(2), 63-69. <https://doi.org/10.1177/070674371205700202>
- Sircova, A. (2008). *Age dynamic of a person's time perspective (Thèse de doctorat non-publiée)*. Saint Petersburg State University, St. Petersburg.
- Sirois, F. M. (2014). Out of Sight, Out of Time? A Meta-analytic Investigation of

- Procrastination and Time Perspective. *European Journal of Personality*, 28(5), 511-520. <https://doi.org/10.1002/per.1947>
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: MacMillan.
- Snyder, C. R. (1995). Conceptualizing, measuring, and nurturing hope. *Journal of Counseling & Development*, 73(3), 355-360. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1995.tb01764.x>
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., & Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), 570-585.
- Sobol-Kwapinska, M., Plotek, W., Bąbel, P., Cybulski, M., Kluzik, A., Krystianc, J., & Mandecki, M. (2017). Time perspective as a predictor of acute postsurgical pain and coping with pain following abdominal surgery. *European Journal of Pain*, 21(4), 635-644. <https://doi.org/10.1002/ejp.967>
- Spasojević, J., & Alloy, L. B. (2001). Rumination as a common mechanism relating depressive risk factors to depression. *Emotion*, 1(1), 25-37.
- Speer, M. E., Bhanji, J. P., & Delgado, M. R. (2014). Savoring the past : Positive memories evoke value representations in the striatum. *Neuron*, 84(4), 847-856. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2014.09.028>
- Spielberger, C. (1970). *Manual for the state-trait anxiety for adults* (Palo Alto). Calif: Consulting Psychologists Press.
- Steptoe, A., & Wardle, J. (2012). Enjoying life and living longer. *Archives of Internal Medicine*, 172(3), 273-275. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2011.1028>
- Stolarski, M., Bitner, J., & Zimbardo, P. G. (2011). Time perspective, emotional intelligence and discounting of delayed awards. *Time & Society*, 20(3), 346-363. <https://doi.org/10.1177/0961463X11414296>

- Stolarski, M., Fieulaine, N., & van Beek, W. (2015). *Time Perspective: Theory, Review, Research and Application*. New-York Dordrecht London: Springer Cham Heidelberg.
- Stolarski, M., Vowinckel, J., Jankowski, K. S., & Zajenkowski, M. (2016). Mind the balance, be contented: Balanced time perspective mediates the relationship between mindfulness and life satisfaction. *Personality and Individual Differences, 93*, 27-31. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.09.039>
- Stopa, L., Thorne, P., & Waters, A. (2001). Are the short and long forms of Young Schema Questionnaire comparable and how well does each version predict psychopathology scores? *Journal of Cognitive Psychotherapy, 15*, 253-272.
- Strathman, A., Gleicher, F., Boninger, D. S., & Edwards, C. S. (1994). The consideration of future consequences: Weighing immediate and distant outcomes of behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 66*(4), 742-752. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.66.4.742>
- Suls, J., & Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: A meta-analysis. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association, 4*(3), 249-288.
- Sun, H., Tan, Q., Fan, G., & Tsui, Q. (2014). Different effects of rumination on depression: Key role of hope. *International Journal of Mental Health Systems, 8*. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-53>
- Sword, R. M., Sword, R. K. M., & Brunskill, S. R. (2014). Time Perspective Therapy: Transforming Zimbardo's Temporal Theory into Clinical Practice. In *Friend or Foe? Escape from Death, or Death as an Escape* (N. Fieulaine, M. Stolarski, W. VanBeek.). New York: Springer International Publishing.
- Sword, R. M., Sword, R. K. M., Brunskill, S. R., & Zimbardo, P. G. (2014). Time Perspective Therapy: A New Time-Based Metaphor Therapy for PTSD. *Journal of Loss and*

- Trauma*, 19(3), 197-201. <https://doi.org/10.1080/15325024.2013.763632>
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E., & Gruenewald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *The American Psychologist*, 55(1), 99-109.
- Teasdale, J. D. (1999). Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 37 Suppl 1, S53-77.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 615-623.
- Thimm, J. C. (2010). Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(4), 373-380. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.03.009>
- Thimm, J. C., Holte, A., Brennen, T., & Wang, C. E. A. (2013). Hope and expectancies for future events in depression. *Frontiers in Psychology*, 4. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00470>
- Thimm, J. C., Wang, C. E. A., Waterloo, K., Eisemann, M., & Halvorsen, M. (2018). Coping, thought suppression, and perceived stress in currently depressed, previously depressed, and never depressed individuals. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(3), 401-407. <https://doi.org/10.1002/cpp.2173>
- Thompson, R. J., Mata, J., Jaeggi, S. M., Buschkuhl, M., Jonides, J., & Gotlib, I. H. (2010). Maladaptive coping, adaptive coping, and depressive symptoms: Variations across age and depressive state. *Behaviour Research and Therapy*, 48(6), 459-466. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.01.007>
- Tolin, D. F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 710-720.

- <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.05.003>
- Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS). (2004). Fluoxetine, Cognitive-Behavioral Therapy, and Their Combination for Adolescents With Depression: Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 292(7), 807-820. <https://doi.org/10.1001/jama.292.7.807>
- Trincas, R., Ottaviani, C., Couyoumdjian, A., Tenore, K., Spitoni, G., & Mancini, F. (2014). Specific Dysphoric Symptoms Are Predicted by Early Maladaptive Schemas. *The Scientific World Journal*, 2014. <https://doi.org/10.1155/2014/231965>
- van Beek, W., Berghuis, H., Kerkhof, A., & Beekman, A. (2011). Time perspective, personality and psychopathology: Zimbardo's time perspective inventory in psychiatry. *Time & Society*, 20(3), 364-374. <https://doi.org/10.1177/0961463X10373960>
- van Straten, A., Geraedts, A., Verdonck-de Leeuw, I., Andersson, G., & Cuijpers, P. (2010). Psychological treatment of depressive symptoms in patients with medical disorders: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(1), 23-32. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.01.019>
- Van Vreeswijk, M. F., & De Wilde, E. J. (2004). Autobiographical memory specificity, psychopathology, depressed mood and the use of the Autobiographical Memory Test: A meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 42(6), 731-743. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00194-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00194-3)
- Vázquez, C., Duque, A., & Hervás, G. (2013). Satisfaction with life scale in a representative sample of Spanish adults: Validation and normative data. *The Spanish Journal of Psychology*, 16, E82. <https://doi.org/10.1017/sjp.2013.82>
- Vickers, K. S., Patten, C. A., Lane, K., Clark, M. M., Croghan, I. T., Schroeder, D. R., & Hurt, R. D. (2003). Depressed versus nondepressed young adult tobacco users: Differences in coping style, weight concerns and exercise level. *Health Psychology: Official Journal*

- of the Division of Health Psychology, American Psychological Association, 22(5), 498-503. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.22.5.498>*
- Visser, P. L., Loess, P., Jeglic, E. L., & Hirsch, J. K. (2013). Hope as a moderator of negative life events and depressive symptoms in a diverse sample. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress, 29(1), 82-88. <https://doi.org/10.1002/smi.2433>*
- Vollrath, M., Torgersen, S., & Alnæs, R. (1995). Personality as long-term predictor of coping. *Personality and Individual Differences, 18(1), 117-125. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)00110-E](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)00110-E)*
- Vos, T., Haby, M. M., Barendregt, J. J., Kruijshaar, M., Corry, J., & Andrews, G. (2004). The burden of major depression avoidable by longer-term treatment strategies. *Archives of General Psychiatry, 61(11), 1097-1103. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.11.1097>*
- Vowinckel, J. C. (2012). *Balanced time perspectives and mindfulness* [Thèse]. Universiteit Twente, Faculty of Behavioral Sciences. Consulté le 25 février 2019, à l'adresse <https://essay.utwente.nl/62422/>
- Wakefield, C. E., Homewood, J., Taylor, A., Mahmut, M., & Meiser, B. (2010). Time perspective in hereditary cancer: Psychometric properties of a short form of the Zimbardo Time Perspective Inventory in a community and clinical sample. *Genetic Testing and Molecular Biomarkers, 14(5), 617-627. <https://doi.org/10.1089/gtmb.2009.0185>*
- Wang, C. E. A., Halvorsen, M., Eisemann, M., & Waterloo, K. (2010). Stability of dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas: A 9-year follow-up study of clinically depressed subjects. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 41(4), 389-396. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.04.002>*
- Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological*

- Bulletin*, 134(2), 163-206. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.2.163>
- Watkins, E., & Teasdale, J. D. (2001). Rumination and overgeneral memory in depression : Effects of self-focus and analytic thinking. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(2), 353-357.
- Watkins, E. (2004). Adaptive and maladaptive ruminative self-focus during emotional processing. *Behaviour Research and Therapy*, 42(9), 1037-1052. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.01.009>
- Watkins, E. & Baracaia, S. (2002). Rumination and social problem-solving in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 40(10), 1179-1189.
- Watkins, E., & Moulds, M. (2005). Distinct modes of ruminative self-focus: Impact of abstract versus concrete rumination on problem solving in depression. *Emotion (Washington, D.C.)*, 5(3), 319-328. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.5.3.319>
- Watkins, E. (2011). Dysregulation in level of goal and action identification across psychological disorders. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 260-278. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.05.004>
- Watson, J., & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14.
- Weersing, V. R., & Weisz, J. R. (2002). Community clinic treatment of depressed youth: Benchmarking usual care against CBT clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 299-310. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.70.2.299>
- Wegener, I., Alfter, S., Geiser, F., Liedtke, R., & Conrad, R. (2013). Schema change without schema therapy: The role of early maladaptive schemata for a successful treatment of major depression. *Psychiatry*, 76(1), 1-17. <https://doi.org/10.1521/psyc.2013.76.1.1>
- Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A., & Jordan, S. (2002). The Schema Questionnaire-Short Form: Factor analysis and relationship between schemas and

- symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 26(4), 519-530.  
<https://doi.org/10.1023/A:1016231902020>
- Werner-Seidler, A., & Moulds, M. L. (2011). Autobiographical memory characteristics in depression vulnerability: Formerly depressed individuals recall less vivid positive memories. *Cognition & Emotion*, 25(6), 1087-1103.  
<https://doi.org/10.1080/02699931.2010.531007>
- Wiles, N., Thomas, L., Abel, A., Ridgway, N., Turner, N., Campbell, J., & Lewis, G. (2013). Cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for primary care based patients with treatment resistant depression: Results of the CoBaIT randomised controlled trial. *Lancet*, 381(9864), 375-384. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61552-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61552-9)
- Williams, A. D., & Moulds, M. L. (2007). Cognitive avoidance of intrusive memories: Recall vantage perspective and associations with depression. *Behaviour Research and Therapy*, 45(6), 1141-1153. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.09.005>
- Williams, J. M. (1976). Depression and the specificity of autobiographical memory. In *Remembering our past: Studies in autobiographical memory* (Cambridge University Press, p. 244-267). Cambridge: D. Rubin.
- Williams, M., Teasdale, J. D., Segal, Z., & Kabat-Zinn, Z. (2009). *Méditer pour ne plus déprimer : La pleine conscience, une méthode pour vivre mieux*. Paris : Odile Jacob.
- Wilson, A. E., & Ross, M. (2000). The frequency of temporal-self and social comparisons in people's personal appraisals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(5), 928-942.
- Wilson, A. E., & Ross, M. (2003). The identity function of autobiographical memory: Time is on our side. *Memory*, 11(2), 137-149. <https://doi.org/10.1080/741938210>
- Wittmann, M., Peter, J., Gutina, O., Otten, S., Kohls, N., & Meissner, K. (2014). Individual

- differences in self-attributed mindfulness levels are related to the experience of time and cognitive self-control. *Personality and Individual Differences*, 64, 41-45.  
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.02.011>
- World Medical Association. (2017). *Communiqué de presse*. Available at :  
<Http://www.who.int/mediacentr/news/releases/2017/world-health-day/fr/>.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, J. E., & Brown, G. (1990). *Young Schema Questionnaire*. Cognitive Therapy Center of New York, New York.
- Young, J. E., Weinberger, A., & Beck, A. (2001). *Cognitive therapy for depression* (Barlow DH. Clinical handbook of psychological disorders). New York: Guilford Press.
- Young, J. E., Weishaar, M., & Klosko, J. (2003). *La thérapie des schémas. Traduction de Bernard Pascal*. Bruxelles : De Boek.
- Young, K. D., Bellgowan, P. S. F., Bodurka, J., & Drevets, W. C. (2013). Behavioral and neurophysiological correlates of autobiographical memory deficits in patients with depression and individuals at high risk for depression. *JAMA Psychiatry*, 70(7), 698-708. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1189>
- Zaleski, Z. (1994). *Psychology of future orientation*. Lublin, Poland: Scientific Society of KUL.
- Zambianchi, M., & Ricci Bitti, P. E. (2014). The Role of Proactive Coping Strategies, Time Perspective, Perceived Efficacy on Affect Regulation, Divergent Thinking and Family Communication in Promoting Social Well-Being in Emerging Adulthood. *Social Indicators Research*, 116(2), 493-507. <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0307-x>
- Zebardast, A., Besharat, M. A., & Hghighatgoo, M. (2011). The Relationship between Self-Efficacy and Time Perspective in Students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 935-938. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.181>

- Zhang, J., & Howell, R. (2011). Do time perspectives predict unique variance in life satisfaction beyond personality traits? *Personality and Individual Differences, 50*, 1261-1266.
- Zhang, J., Howell, R., & Stolarski, M. (2012). Comparing Three Methods to Measure a Balanced Time Perspective: The Relationship between a Balanced Time Perspective and Subjective Well-Being. *Journal of Happiness Studies, 13*, 1-16.
- Zimbardo, P., & Boyd, J. (2008). *The time paradox : The new psychology of time that will change your life*. New York, NY, US: Free Press.
- Zimbardo, P. G., & Boyd, J. N. (1999). Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology, 77*(6), 1271-1288.  
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.6.1271>
- Zimbardo, P. G., Keough, K. A., & Boyd, J. N. (1997). Present time perspective as a predictor of risky driving. *Personality and Individual Differences, 23*(6), 1007-1023.  
[https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(97\)00113-X](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(97)00113-X)
- Zimbardo, P., Sword, R. M., & Sword, R. K. M. (2012). *The time cure: Overcoming PTSD with the new psychology of time perspective therapy*. San Francisco: Jossey Bass.

---

# **Annexes**

---



## TABLE DES MATIERES

<b>Annexe 1</b> : Lettre d'information pour les patients .....	365
<b>Annexe 2</b> : Formulaire de consentement pour les patients.....	367
<b>Annexe 3</b> : Lettre d'information pour les participants de la population générale .....	368
<b>Annexe 4</b> : Formulaire de consentement pour les participants de la population générale.....	370
<b>Annexe 5</b> : Elément de cotation des questionnaires.....	371
<b>Annexe 6</b> : Questionnaire socio-démographique et médico-psychologique .....	374
<b>Annexe 7</b> : Version auto-questionnaire du Module A du MINI.....	378
<b>Annexe 8</b> : Questionnaire de perspective temporelle (ZTPI) .....	380
<b>Annexe 9</b> : Inventaire abrégé de dépression de Beck (BDI-13) .....	383
<b>Annexe 10</b> : Inventaire d'anxiété état-trait (STAI Y) .....	385
<b>Annexe 11</b> : Inventaire de coping aux situations stressantes (CISS) .....	387
<b>Annexe 12</b> : Questionnaire des schémas de Young (YSQ) .....	389
<b>Annexe 13</b> : Détails de la thérapie TCC de groupe .....	395
<b>Annexe 14</b> : Avis favorable du comité d'éthique CERES.....	398
<b>Annexe 15</b> : Formulaire d'anonymisation – création identifiant participant.....	399
<b>Annexe 16</b> : Indices de fiabilité, de dispersion et de distribution des trois clusters (étude complémentaire) .....	400
<b>Annexe 17</b> : Description des clusters selon les variables socio-démographiques et médico-psychologiques (étude complémentaire) .....	401
<b>Annexe 18</b> : Description des clusters selon les scores de DBTP, dépression, anxiété, coping et schémas précoces inadaptés (étude complémentaire).....	402
<b>Annexe 19</b> : Comparaison des scores de DBTP, dépression, anxiété et coping selon les clusters (étude complémentaire) .....	403
<b>Annexe 20</b> : Comparaison des scores aux schémas précoces inadaptés selon les clusters (étude complémentaire) .....	404
<b>Annexe 21</b> : Article publié pendant la thèse.....	405
<b>Annexe 22</b> : Communication orale présentée à la 4th International Conference on Time Perspective (août 2018) .....	412
<b>Annexe 23</b> : Poster présenté à la 33nd annual conference of the European Health Psychology Society (août 2019) .....	413
<b>Annexe 24</b> : Poster présenté au 9 <sup>th</sup> World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies (juillet 2019) .....	414
<b>Annexe 25</b> : Poster présenté à la 33nd annual conference of the European Health Psychology Society (août 2018) .....	415
<b>Annexe 26</b> : Poster présenté à la 4th International Conference on Time Perspective (août 2018) .....	416
<b>Annexe 27</b> : Poster présenté au 2 <sup>ème</sup> colloque francophone de pratiques en TCC (juin 2018) .....	417
<b>Annexe 28</b> : Poster présenté au 45 <sup>ème</sup> congrès annuel de l'AFTCC (décembre 2017) .....	418
<b>Annexe 29</b> : Poster présenté à la 31st annual conference of the European Health Psychology Society (septembre 2017) .....	419
<b>Annexe 30</b> : Portefolio du doctorant.....	420





LABORATOIRE  
PSYCHOPATHOLOGIE  
ET PROCESSUS DE SANTÉ



CENTRE  
DE LA DÉPRESSION

## Lettre d'information

Madame, Monsieur,

Vous avez été sollicité à participer à une étude menée par le Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé (EA 4057) de l'Université Paris Descartes, en collaboration avec le Centre Hospitalier Sainte-Anne et le Centre de la Dépression. Ce document décrit cette étude et précise vos droits et notre responsabilité à votre égard.

### **Responsables de l'étude**

Professeur Catherine Bungener et Héline Kaya Lefèvre  
Université Paris Descartes, Institut de Psychologie  
Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé (LPPS-EA 4067)

Chercheur associé : Professeur Philip Gorwood  
C.M.M.E, Centre Hospitalier Sainte-Anne

Pour toute question, vous pouvez contacter Mlle Héline Kaya Lefèvre à l'adresse mail suivante : [heline.kaya@parisdescartes.fr](mailto:heline.kaya@parisdescartes.fr)

### **Objectifs de l'étude**

Cette étude se déroule dans le cadre d'un travail de thèse au sein de l'Université Paris Descartes.

Dans les troubles dépressifs, de nombreux aspects peuvent être affectés : les pensées, les émotions, la façon de faire face aux difficultés, mais aussi la façon de percevoir les différentes époques de sa vie : le rapport au passé, au présent, au futur. Nous vous proposons de participer à une recherche qui a pour objectifs d'étudier la façon dont le rapport au temps est affecté dans les troubles dépressifs, et le lien que cela peut avoir avec d'autres aspects psychologiques.

L'objectif à plus long terme est de faire évoluer la compréhension du rapport au temps dans les troubles dépressifs, et par cet intermédiaire de pouvoir faire évoluer la prise en charge de ces troubles.

### **Déroulement de l'étude**

Si vous acceptez de participer à cette étude, une psychologue, Madame Héline Kaya Lefèvre, prendra contact avec vous pour vous rencontrer. Vous serez amené(e) à répondre à des questions concernant vos données socio-démographiques et vos antécédents médico-psychologiques, et il vous sera ensuite proposé de compléter une série de questionnaires mesurant des variables psychologiques telles que le rapport au temps, la façon de faire face aux difficultés, les symptômes dépressifs et anxieux, les modes de pensée. Le temps de passation de ces questionnaires s'estime à environ 45 minutes.

A la fin de cette passation, Madame Héline Kaya Lefèvre vous proposera de vous rencontrer à nouveau pour un entretien individualisé d'approximativement 45 minutes, afin d'échanger sur votre façon de percevoir le passé, le présent et le futur. Cet entretien est entièrement facultatif, et la première partie de l'étude ne vous engage en aucun cas à accepter ce second rendez-vous.

Enfin, si vous êtes amené à suivre une thérapie de groupe au sein de l'établissement, il pourra vous être proposé, si vous le souhaitez, de repasser une partie des questionnaires après la thérapie. Cette seconde passation, destinée à comparer l'évolution des scores avant et après thérapie, est également facultative et vous sera proposée uniquement si vous êtes amené à suivre une thérapie dans le service. A cette fin, Madame Héline Kaya Lefèvre interviendra très brièvement à la fin de la dernière séance de thérapie de groupe pour prendre rendez-vous avec les patients qui sont toujours d'accord pour effectuer cette seconde passation.

### **Bénéfices et implications liées à la participation de l'étude**

L'étude du rapport au temps dans les troubles dépressifs reste encore peu développée et peu prise en compte dans les prises en charge. Ainsi, votre participation permettra de faire avancer l'état des connaissances de la communauté scientifique dans le domaine et devrait à terme permettre d'apporter de nouvelles pistes de prise en charge.

Le fait de participer à cette recherche ne comporte pas de préjudice majeur. Cependant, nous sommes conscients que votre participation peut éventuellement vous mobiliser émotionnellement. Si tel est le cas et que vous en ressentez le besoin, un entretien pourra vous être proposé pour revenir ensemble sur votre expérience de passation.

### **Participation à l'étude**

Vous êtes tout à fait libre de participer ou non à cette étude. De plus, si vous vous engagez à participer, vous gardez le droit d'interrompre à tout moment, et sans aucune conséquence, votre participation.

Si vous ne souhaitez pas participer à cette étude ou si vous décidez d'interrompre votre participation, cela ne modifiera en rien la qualité des soins qui vous sont prodigués ni vos relations avec l'équipe soignante.

A l'issue de la recherche, vous pourrez être informé(e) des résultats globaux de cette étude lorsqu'ils seront disponibles. Ces résultats globaux seront par ailleurs diffusés sous forme d'article et/ou de communication nationale et internationale.

### **Confidentialité**

Cette étude est entièrement anonyme. Si vous acceptez de participer à cette étude, **toutes les informations recueillies resteront confidentielles et soumises aux règles strictes du secret professionnel**. Compte tenu des nécessités de la recherche, les données enregistrées durant cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé, dans le respect des conditions édictées par la loi « Informatique et Libertés ». Vous pourrez à tout moment avoir accès à vos données et exercer un droit de rectification ou de rétractation si vous le souhaitez en vous adressant à la psychologue Madame Héline Kaya Lefèvre.

Lisez attentivement ce document et prenez le temps d'y réfléchir. Nous nous tenons à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

Si vous acceptez de participer à l'étude, il vous sera demandé de lire et signer le formulaire de consentement en deux exemplaires.

### **Remerciements**

**Votre collaboration est essentielle à la réalisation de notre projet et nous tenons à vous en remercier**. Nous sommes bien conscients qu'une telle participation peut-être source d'effort et nous vous remercions par avance de votre aide.

## Formulaire de consentement de participation

**Je soussigné(e) :**

Nom : ..... Prénom : .....

**accepte de participer à cette étude.**

Je déclare avoir lu la note d'information relative à cette étude. J'ai été informé(e) de la nature, des buts et de la durée de la recherche et de ce qu'il m'est demandé de faire. J'ai reçu toutes les réponses souhaitées aux questions que je désirais poser. Il m'a été précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche.

Si je le souhaite, je serai à tout moment libre d'interrompre ma participation sans que cela ne modifie la qualité des soins qui me seront prodigués ou mes relations avec l'équipe soignante.

J'en informerai alors la psychologue que j'aurai rencontré.

J'accepte que les données recueillies à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'un traitement informatisé. J'ai bien noté que mon droit d'accès à ces données peut s'exercer à tout moment en application de la loi « Informatique et Liberté », que ces données peuvent m'être communiquées et que je pourrai exercer mon droit de rectification ou de rétractation de ces dernières.

Les données qui me concernent resteront strictement confidentielles, et je n'autorise leur consultation que par les personnes mandatées par les responsables de la recherche.

Je pourrai à tout moment demander des informations complémentaires à la psychologue que j'aurai rencontrée.

A ....., le .....

**Signature du participant :**

Avec la mention « *Lu et approuvé* »

**Signature du responsable de la recherche :**

Fait en deux exemplaires.



## Lettre d'information

Madame, Monsieur,

Vous avez été sollicité à participer, en tant que sujet sain qui permettra de constituer un groupe contrôle, à une menée par le Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé (EA 4057) de l'Université Paris Descartes, en collaboration avec le Centre Hospitalier Sainte-Anne et le Centre de la Dépression. Ce document décrit cette étude et précise vos droits et notre responsabilité à votre égard.

### **Responsables de l'étude**

Professeur Catherine Bungener et Héline Kaya Lefèvre  
Université Paris Descartes, Institut de Psychologie  
Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé (LPPS-EA 4067)

Chercheur associé : Professeur Philip Gorwood  
C.M.M.E, Centre Hospitalier Sainte-Anne

Pour toute question, vous pouvez contacter Mlle Héline Kaya Lefèvre à l'adresse mail suivante : [heline.kaya@parisdescartes.fr](mailto:heline.kaya@parisdescartes.fr)

### **Objectifs de l'étude**

Cette étude se déroule dans le cadre d'un travail de thèse au sein de l'Université Paris Descartes.

Dans les troubles dépressifs, de nombreux aspects peuvent être affectés : les pensées, les émotions, la façon de faire face aux difficultés, mais aussi la façon de percevoir les différentes époques de sa vie : le rapport au passé, au présent, au futur. Nous vous proposons de participer à une recherche qui a pour objectifs d'étudier la façon dont le rapport au temps est affecté dans les troubles dépressifs, et le lien que cela peut avoir avec d'autres aspects psychologiques. L'objectif de cette étude sera de comparer les résultats de votre groupe à ceux des patients déprimés recrutés en milieu hospitalier.

L'objectif à plus long terme est de faire évoluer la compréhension du rapport au temps dans les troubles dépressifs, et par cet intermédiaire de pouvoir faire évoluer la prise en charge de ces troubles.

### **Déroulement de l'étude**

Si vous acceptez de participer à cette étude, la passation aura lieu en ligne, depuis chez vous, sur la plateforme Limesurvey. Vous serez amené(e) à répondre à des questions concernant vos données socio-démographiques et vos antécédents médico-psychologiques, et il vous sera ensuite proposé de compléter une série de questionnaires mesurant des variables psychologiques telles que le rapport au temps, la façon de faire face aux difficultés, les symptômes dépressifs et anxieux, les modes de pensée. Le temps de passation de ces questionnaires s'estime à environ une heure.

A la fin de cette passation, il vous sera proposé d'être recontacté pour un entretien individualisé en face à face d'approximativement 45 minutes, afin d'échanger sur votre façon de percevoir le passé, le présent et le futur. Cet entretien est entièrement facultatif, et la première partie de l'étude ne vous engage en aucun cas à accepter. L'entretien nécessite d'être présent sur Paris ou en région parisienne.

Dans le cas où vous seriez d'accord pour réaliser cet entretien, il vous sera proposé à la fin de cette passation soit de contacter directement Madame Héline Kaya Lefèvre, soit de fournir un moyen anonymisé de vous recontacter ultérieurement.

### **Bénéfices et implications liées à la participation de l'étude**

L'étude du rapport au temps dans les troubles dépressifs reste encore peu développée et peu prise en compte dans les prises en charge. Ainsi, votre participation permettra de faire avancer l'état des connaissances de la communauté scientifique dans le domaine et devrait à terme permettre d'apporter de nouvelles pistes de prise en charge.

Le fait de participer à cette recherche ne comporte pas de préjudice majeur. Cependant, nous sommes conscients que votre participation peut éventuellement vous mobiliser émotionnellement. Si vous en ressentez le besoin, vous pouvez contacter Madame Héline Kaya Lefèvre ([helene.kaya@parisdescartes.fr](mailto:helene.kaya@parisdescartes.fr)) afin de revenir sur votre expérience de passation et/ou afin d'être réorienté auprès de professionnels proches de chez vous.

### **Participation à l'étude**

Vous êtes tout à fait libre de participer ou non à cette étude. De plus, si vous vous engagez à participer, vous gardez le droit d'interrompre à tout moment, et sans aucune conséquence, votre participation.

A l'issue de la recherche, vous pourrez être informé(e) des résultats globaux de cette étude lorsqu'ils seront disponibles. Ces résultats globaux seront par ailleurs diffusés sous forme d'article et/ou de communication nationale et internationale.

### **Confidentialité**

Cette étude est entièrement anonyme. Si vous acceptez de participer à cette étude, **toutes les informations recueillies resteront confidentielles et soumises aux règles strictes du secret professionnel**. Compte tenu des nécessités de la recherche, les données enregistrées durant cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé, dans le respect des conditions édictées par la loi « Informatique et Libertés ». Vous pourrez à tout moment avoir accès à vos données et exercer un droit de rectification ou de rétractation si vous le souhaitez en vous adressant à la psychologue Madame Héline Kaya Lefèvre.

Lisez attentivement ce document et prenez le temps d'y réfléchir. Nous nous tenons à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

Si vous acceptez de participer à l'étude, il vous sera demandé de lire et signer électroniquement le formulaire de consentement.

### **Remerciements**

**Votre collaboration est essentielle à la réalisation de notre projet et nous tenons à vous en remercier.** Nous sommes bien conscients qu'une telle participation peut-être source d'effort et nous vous remercions par avance de votre aide.

## Formulaire électronique de consentement de participation

**Je soussigné(e) :**

Nom :

Prénom :

**accepte de participer à cette étude.**

Je déclare avoir lu la note d'information relative à cette étude. J'ai été informé(e) de la nature, des buts et de la durée de la recherche et de ce qu'il m'est demandé de faire. J'ai reçu toutes les réponses souhaitées aux questions que je désirais poser. Il m'a été précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. Si je le souhaite, je serai à tout moment libre d'interrompre ma participation et cela sans aucune conséquence.

J'accepte que les données recueillies à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'un traitement informatisé. J'ai bien noté que mon droit d'accès à ces données peut s'exercer à tout moment en application de la loi « Informatique et Liberté », que ces données peuvent m'être communiquées et que je pourrai exercer mon droit de rectification ou de rétractation de ces dernières. Les données qui me concernent resteront strictement confidentielles, et je n'autorise leur consultation que par les personnes mandatées par les responsables de la recherche.

Je pourrai à tout moment demander des informations complémentaires à la psychologue Madame Héline Kaya Lefèvre ([helene.kaya@parisdescartes.fr](mailto:helene.kaya@parisdescartes.fr)).

Lieu :

Date :

**Signature électronique du participant :**

Nom et prénom avec la mention « *Lu et approuvé* »

### **MINI, Module A (Episode Dépressif Majeur)**

**Questions filtres** : si le participant répond NON aux questions 1 et 2, la passation s'arrête. S'il répond OUI à au moins une des deux questions, poursuivre avec les questions suivantes.

**Question 4** : si la période actuelle dure depuis plus de 14 jours, le diagnostic portera sur un épisode ACTUEL. Si la période actuelle dure depuis moins de 14 jours, le diagnostic portera sur un épisode PASSE.

**Question 5** : s'il y a au moins 3 OUI (ou 4 oui si la question 1 ou 2 est cotée NON), on peut se reporter aux questions suivantes. Sinon, on peut exclure le diagnostic d'Episode Dépressif Majeur.

Si la **question 6 est cotée OUI** et que la **question 7 est cotée NON** : EPISODE DEPRESSIF MAJEUR.

### **Questionnaire de perspective temporelle (ZTPI)**

**Passé positif** (8 items) : items 2, 7, 11, 19, 24, 28, 39, 47

**Passé négatif** (9 items) : items 4, 5, 15, 21, 26, 32, 33, 48, 52

**Présent fataliste** (9 items) : items 3, 14, 34, 35, 36, 37, 45, 50, 51

**Présent hédoniste** (15 items) : items 1, 8, 12, 16, 18, 22, 25, 27, 30, 31, 40, 42, 44, 46, 53

**Futur** (13 items) : items 6, 9, 10, 13, 17, 20, 23, 29, 38, 41, 43, 49, 54

Items inversés : 9, 23, 24, 39, 54

Score d'une échelle : moyenne des items de l'échelle. En d'autres termes, le score d'une échelle se calcul en additionnant les scores aux items de l'échelle, puis en divisant ce résultat par le nombre d'items qui constituent l'échelle.

### **Inventaire abrégé de dépression de Beck (BDI-13)**

Score : somme des items.

Seuils de gravité :

0-7 : pas de dépression

4-7 : dépression légère

8-15 : dépression modérée

16 et plus : dépression intense

### **Inventaire d'anxiété état-trait (STAI Y)**

Score : somme des items (échelles A et B cotées séparément)

Seuils de gravité :

Très élevé > 65

Elevé de 56 à 65

Moyen de 46 à 55

Faible de 36 à 45

Très faible < ou = 35

### **Inventaire de coping aux situations stressantes (CISS)**

**Coping orienté vers la tâche** (16 items) : items 1, 2, 6, 10, 15, 21, 24, 26, 27, 36, 39, 41, 42, 43, 46, 47

**Coping orienté vers l'émotion** (16 items) : items 5, 7, 8, 13, 14, 16, 17, 19, 22, 25, 28, 30, 33, 34, 38, 45

**Coping orienté vers l'évitement** (16 items) : items 3, 4, 9, 11, 12, 18, 20, 23, 29, 31, 32, 35, 37, 40, 44, 48

**Sous-échelle « distraction »** (évitement) (8 items) : items 9, 11, 12, 18, 20, 40, 44, 48

**Sous-échelle « diversion sociale »** (évitement) (5 items) : items 4, 29, 31, 35, 37

Score d'une échelle : somme des réponses aux items de l'échelle.

### **Questionnaire des schémas de Young (YSQ)**

**Dépendance** : items 1 à 6

**Manque d'individuation** : items 7 à 20

**Vulnérabilité** : items 21 à 31

**Peur de perdre le contrôle** : items 32 à 39

**Déprivation affective (privation émotionnelle)** : items 40 à 48

**Abandon** : items 49 à 54

**Méfiance** : items 55 à 64

**Isolement social** : items 65 à 69

**Impossibilité (manque) d'être aimé** : items 70 à 74

**Indésirabilité sociale** : items 75 à 82

**Echec/incompétence** : items 83 à 91

**Culpabilité/punition** : items 92 à 99

**Honte/embarras** : items 100 à 104

**Standards intransigeants** : items 105 à 115

**Droits/limites insuffisantes** : items 116 à 123

Score d'une échelle : moyennes des items de l'échelle. En d'autres termes, le score d'une échelle se calcul en additionnant les scores aux items de l'échelle, puis en divisant ce résultat par le nombre d'items qui constituent l'échelle.

*N.B. Pour les patients, questions formulées **oralement** au cours d'un entretien. Pour les participants recrutés en ligne, version **auto-questionnaire***

ID PARTICIPANT : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Date :

**Nous vous rappelons que toutes ces informations resteront confidentielles et anonymisées.**

## **INFORMATIONS SOCIODEMOGRAPHIQUES**

**Quel âge avez-vous ?**

|\_|\_| ans

**Etes-vous :**  Un homme /  Une femme

**Parlez-vous français couramment ?**  Oui /  Non

**Quelle est votre situation familiale actuelle ?**

- Célibataire
- Marié(e)
- En concubinage
- En couple
- Séparé(e)
- Divorcé(e)
- Veuf(ve)

**Avez-vous des enfants ?**  Oui /  Non

**Quel est le diplôme le plus élevé que vous ayez obtenu ?**

- Sans diplôme
- Certificat de formation générale (CFG), Certificat d'études primaires, Diplôme national du brevet (BEPC ou Brevet des Collèges)
- Certificat d'aptitude professionnelle (CAP), Brevet d'études professionnelles (BEP)
- Baccalauréat ou diplôme équivalent
- Bac +3
- Bac +5 ou plus
- Autre, précisez : .....

**Quelle est votre catégorie socioprofessionnelle actuelle ?**

- Agriculteur(trice)
- Artisan, commerçant(e) et chefs d'entreprise
- Cadres, profession intellectuelle supérieure, profession libérale
- Profession intermédiaire de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique
- Employé(e)
- Ouvrier(e)s
- Etudiant(e)
- Retraité(e)
- Au foyer
- Sans profession
- Autre, précisez : .....

**INFORMATIONS MEDICALES**

**Etes-vous actuellement sous traitement(s) médicamenteux ?**  Oui /  Non

Si oui, précisez lequel(s) : .....  
.....  
.....

**Avez-vous été diagnostiqué d'une ou plusieurs maladie(s) grave(s) et/ou chronique(s) au cours de votre vie ?**  Oui /  Non

Si oui, précisez laquelle(s) : .....  
.....

Depuis combien de temps ce diagnostic a eu lieu ?

- Moins d'un an /  Entre 1 et 3 ans /  Entre 3 et 5 ans /  Plus de 5 ans

**Est-ce qu'il vous arrive de consommer de l'alcool ?**  Oui /  Non

Si oui, précisez la fréquence :

- Plusieurs fois par an /  Plusieurs fois par mois /  Plusieurs fois par semaines /  Chaque jour /  Plusieurs fois par jour

**Est-ce qu'il vous arrive de consommer des drogues ?**  Oui /  Non

Lesquelles ? .....  
.....

Si oui, précisez la fréquence :

- Plusieurs fois par an /  Plusieurs fois par mois /  Plusieurs fois par semaines /  Chaque jour /  Plusieurs fois par jour

## ANTECEDENTS PSYCHOLOGIQUES

**Avez-vous déjà été diagnostiqué pour un trouble dépressif ?**  Oui /  Non

Si oui, précisez depuis combien de temps ce diagnostic a eu lieu ?

Moins d'un an /  Entre 1 et 3 ans /  Entre 3 et 5 ans /  Plus de 5 ans

Le dernier épisode dépressif pour lequel vous avez été diagnostiqué est :

Actuel

Début de l'épisode actuel : |\_\_|\_\_| (mois/année)

Antérieur

En rémission du dernier épisode (le plus récent) depuis : |\_\_|\_\_| (mois/année)

**Avez-vous déjà été hospitalisé dans le cadre d'un épisode dépressif ?**  Oui /  Non

Si oui, précisez combien de fois avez-vous été hospitalisé pour un trouble dépressif :

|\_\_|\_\_|

Si oui, précisez depuis combien de temps la dernière hospitalisation a eu lieu ?

Moins d'un an /  Entre 1 et 3 ans /  Entre 3 et 5 ans /  Plus de 5 ans

**Avez-vous pris un traitement médicamenteux pour ce trouble dépressif ?**  Oui /  Non

Si oui, prenez-vous encore ce traitement aujourd'hui ?  Oui /  Non

**Avez-vous déjà été diagnostiqué pour d'autres troubles psychiatriques qu'un trouble dépressif ?**

Oui /  Non

Si oui, précisez lequel(s) : .....  
.....  
.....

**Avez-vous déjà été hospitalisé pour ce(s) trouble(s) ?**

Oui /  Non

Si oui, précisez depuis combien de temps la dernière hospitalisation a eu lieu ?

Moins d'un an /  Entre 1 et 3 ans /  Entre 3 et 5 ans /  Plus de 5 ans

**Avez-vous pris un traitement médicamenteux pour ce(s) trouble(s) ?**  Oui /  Non

Si oui, prenez-vous encore ce traitement aujourd'hui ?  Oui /  Non

**Avez-vous déjà bénéficié d'un suivi psychologique ?**  Oui /  Non

Actuellement :  Oui /  Non

Si le suivi n'est plus actuel, à quand remonte votre dernier suivi : |\_\_|\_\_| (mois/année)

De quel(s) type(s) de suivi(s) psychologique(s) avez-vous bénéficié ?

.....  
.....  
.....

**Avez-vous vécu au cours de la dernière année un événement qui vous a particulièrement marqué (négativement ou positivement) ?**  Oui /  Non

Si oui, précisez-lequel(s) (si plusieurs événements marquants ont eu lieu, vous pouvez cocher plusieurs cases) :

- Décès d'un membre de la famille proche ou du conjoint
- Maladie d'un membre de la famille proche ou du conjoint
- Diagnostic de maladie grave et/ou chronique
- Agression physique ou sexuelle
- Harcèlement moral
- Licenciement
- Divorce ou lourde séparation amoureuse
- Emprisonnement
- Accès à la parentalité
- Retraite
- Autre, précisez : .....
- Ne souhaite pas répondre

**1. Au cours de votre vie avez-vous eu une période de deux semaines ou plus, où vous vous sentiez particulièrement triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours ?**

Oui /  Non

**2. Au cours de votre vie, avez-vous eu une période de deux semaines ou plus où vous aviez presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisaient habituellement ?**

Oui /  Non

*N.B. Lorsque le participant répondait NON aux deux premières questions filtres, il passait directement au questionnaire suivant.*

**3. a) Actuellement, vous sentez-vous particulièrement triste, déprimé(e) ?**

Oui /  Non

**b) Actuellement, avez-vous le sentiment de n'avoir plus goût à rien ?**

Oui /  Non

**4. Si oui, depuis combien de temps dure cette période ? |\_\_|\_\_|\_\_| jours**

Si cette période a durée PLUS DE 14 JOURS, vous répondrez aux prochaines questions en vous basant sur la période actuelle.

Si cette période a durée MOINS DE 14 JOURS, vous répondrez aux prochaines questions en vous référant à la période passée d'au moins deux semaines où vous vous êtes sentie comme cela (s'il y a eu plusieurs périodes correspondantes, référez-vous à celle qui vous a semblé la plus grave).

**3. Durant cette période d'au moins deux semaines (actuelle ou passée), lorsque vous vous sentiez déprimé(e) / sans intérêt pour la plupart des choses :**

**a) Votre appétit a-t-il notablement changé, ou avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ?**

Oui /  Non

**b) Aviez-vous des problèmes de sommeil presque toutes les nuits (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, dormir trop) ?**

Oui /  Non

**c) Parliez-vous ou vous déplaciez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous sentiez-vous agité(e), et aviez-vous du mal à rester en place, presque tous les jours ?**

Oui /  Non

**d) Vous sentiez-vous presque tout le temps fatigué(e), sans énergie, et ce presque tous les jours ?**

Oui /  Non

**e) Vous sentiez-vous sans valeur ou coupable, et ce presque tous les jours ?**

Oui /  Non

**f) Aviez-vous du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions, et ce presque tous les jours ?**

Oui /  Non

**g) Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou avez-vous pensé à vous faire du mal ?**

Oui /  Non

**6. Ces problèmes entraînent-ils/entraînaient-ils chez vous une souffrance importante ou bien vous gênent-ils/gênaient-ils vraiment dans votre travail, dans vos relations avec les autres ou dans d'autres domaines importants pour vous ?**

Oui /  Non

**7. Les problèmes dont nous venons de parler ont-ils toujours été déclenchés et maintenus par une maladie physique, ou par la prise de médicaments ou de drogues ?**

Oui /  Non

Vous trouverez ci-après une liste de propositions. Nous vous demandons de lire chacune d'entre elles attentivement et de répondre en indiquant dans quelle mesure chacune est caractéristique de vous ou s'applique à vous. Pour cela, nous vous proposons de répondre à l'aide de l'échelle suivante :

1. Pas du tout caractéristique
2. Pas caractéristique
3. Ni pas caractéristique, ni caractéristique
4. Caractéristique
5. Tout à fait caractéristique

Répondez le plus spontanément et le plus sincèrement possible en vous rappelant que vos réponses sont anonymes, et qu'il n'y a ni bonnes ni mauvaises réponses, seul votre avis nous intéresse.

	1 --	2	3	4	5 ++
1. Je crois que se retrouver avec des amis pour faire la fête est l'un des plaisirs importants de la vie					
2. Les images, les odeurs et les sons familiers de mon enfance me rappellent souvent des souvenirs merveilleux.					
3. Le destin détermine beaucoup de choses dans ma vie.					
4. Je pense souvent à ce que j'aurais dû faire autrement dans ma vie.					
5. Mes décisions sont principalement influencées par les événements et les gens autour de moi.					
6. Je crois que la journée d'une personne doit être planifiée à l'avance chaque matin.					
7. Le fait de penser à mon passé me donne du plaisir.					
8. Je fais les choses de manière impulsive.					
9. Si les choses ne sont pas faites à temps, je ne m'en préoccupe pas.					
10. Quand je dois réaliser quelque chose, je me fixe des buts et j'envisage les moyens précis pour les atteindre.					
11. Tout compte fait, il y a beaucoup plus de bonnes choses à se souvenir dans mon passé que de mauvaises.					

12. Quand j'écoute ma musique préférée, je perds souvent toute notion du temps.					
13. Avant de se donner du bon temps le soir, mieux vaut penser à ce qu'il y a à faire pour le lendemain.					
14. Puisque ce qui doit arriver arrivera, peu importe vraiment ce que je fais.					
15. Les expériences douloureuses du passé me reviennent en permanence à l'esprit.					
16. J'essaie de vivre ma vie aussi pleinement que possible, au jour le jour.					
17. Cela me dérange d'être en retard à mes rendez-vous.					
18. Mon idéal serait de vivre chaque jour comme si c'était le dernier de ma vie.					
19. Les souvenirs heureux de bons moments me viennent facilement à l'esprit.					
20. Je remplis mes obligations vis-à-vis de mes amis et des institutions en temps voulu.					
21. J'ai eu ma dose de tromperies et de rejets dans le passé.					
22. Je prends des décisions selon l'inspiration du moment.					
23. Je prends chaque jour comme il vient, plutôt que d'essayer de le prévoir.					
24. Le passé comporte trop de souvenirs déplaisants auxquels je préfère ne pas penser.					
25. C'est important de mettre de l'excitation dans ma vie.					
26. J'ai fait des erreurs dans le passé que j'aimerais pouvoir réparer.					
27. J'ai le sentiment qu'il est plus important de prendre plaisir à ce que l'on fait plutôt que de faire ce qu'il y a à faire à temps.					
28. J'ai la nostalgie de mon enfance.					
29. Avant de prendre une décision, je pèse le pour et le contre.					
30. Prendre des risques empêche ma vie de devenir ennuyeuse.					
31. Il est plus important pour moi d'apprécier le cours de la vie que de me concentrer seulement sur sa destination.					
32. Les choses se passent rarement comme je l'avais prévu.					
33. Il m'est difficile d'oublier des images désagréables de ma jeunesse.					

<b>34.</b> Je n'ai aucun plaisir à faire des choses si je dois penser aux objectifs, aux conséquences et aux résultats.					
<b>35.</b> Les choses changent tellement qu'il est impossible de prévoir l'avenir.					
<b>36.</b> Mon parcours dans la vie est contrôlé par des forces que je ne peux pas influencer.					
<b>37.</b> Se préoccuper de l'avenir n'a aucun sens, puisque de toute façon je ne peux rien y faire.					
<b>38.</b> Je fais aboutir mes projets à temps, en progressant étape par étape.					
<b>39.</b> Je n'écoute plus quand des membres de ma famille se mettent à parler de la façon dont les choses se passaient avant.					
<b>40.</b> Je prends des risques pour mettre de l'excitation dans ma vie.					
<b>41.</b> Je fais des listes de choses à faire.					
<b>42.</b> J'écoute plus souvent mon cœur que ma tête.					
<b>43.</b> Je suis capable de résister aux tentations quand je sais qu'il y a du travail à faire.					
<b>44.</b> Je me trouve toujours entraîné par l'excitation du moment.					
<b>45.</b> Aujourd'hui, la vie est trop compliquée ; j'aurais préféré la vie simple du passé.					
<b>46.</b> Je préfère les amis qui sont spontanés à ceux qui sont prévisibles.					
<b>47.</b> J'aime bien les traditions et les coutumes familiales qui sont régulièrement répétées.					
<b>48.</b> Je pense aux mauvaises choses qui me sont arrivées dans le passé.					
<b>49.</b> Je persiste à travailler à des activités difficiles et sans intérêt si elles m'aident à prendre de l'avance.					
<b>50.</b> Je préfère dépenser ce que je gagne en me faisant plaisir aujourd'hui plutôt que d'épargner pour ma sécurité de demain.					
<b>51.</b> Souvent, la chance rapporte plus que de travailler dur.					
<b>52.</b> Je pense aux bonnes choses que j'ai ratées dans ma vie.					
<b>53.</b> J'aime bien que les relations avec mes proches soient passionnées.					
<b>54.</b> Il y aura toujours le temps pour que je rattrape mon travail.					

Ce questionnaire comporte 13 séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis choisissez celle qui décrit le mieux votre état actuel.

<b>A</b>	Je ne me sens pas triste	<b>0</b>
	Je me sens cafardeux ou triste	<b>1</b>
	Je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas à m'en sortir	<b>2</b>
	Je suis si triste et malheureux que je ne peux pas le supporter	<b>3</b>
<b>B</b>	Je ne me sens pas particulièrement découragé, ni pessimiste au sujet de l'avenir	<b>0</b>
	J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir	<b>1</b>
	Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer	<b>2</b>
	Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir, et que la situation ne peut s'améliorer	<b>3</b>
<b>C</b>	Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie	<b>0</b>
	J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens	<b>1</b>
	Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs	<b>2</b>
	J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)	<b>3</b>
<b>D</b>	Je ne me sens pas particulièrement insatisfait	<b>0</b>
	Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances	<b>1</b>
	Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit	<b>2</b>
	Je suis mécontent de tout	<b>3</b>
<b>E</b>	Je ne me sens pas coupable	<b>0</b>
	Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps	<b>1</b>
	Je me sens coupable	<b>2</b>
	Je me juge très mauvais, et j'ai l'impression que je ne vauds rien	<b>3</b>
<b>F</b>	Je ne suis pas déçu par moi-même	<b>0</b>
	Je suis déçu par moi-même	<b>1</b>
	Je me dégoûte moi-même	<b>2</b>
	Je me hais	<b>3</b>
<b>G</b>	Je ne pense pas à me faire du mal	<b>0</b>
	Je pense que la mort me libérerait	<b>1</b>

	J'ai des plans précis pour me suicider	<b>2</b>
	Si je le pouvais, je me tuerais	<b>3</b>
<b>H</b>	Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens	<b>0</b>
	Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois	<b>1</b>
	J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux gens et j'ai peu de sentiments pour eux	<b>2</b>
	J'ai perdu tout l'intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement	<b>3</b>
<b>I</b>	Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume	<b>0</b>
	J'essaie de ne pas avoir à prendre de décisions	<b>1</b>
	J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions	<b>2</b>
	Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision	<b>3</b>
<b>J</b>	Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid d'avant	<b>0</b>
	J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux	<b>1</b>
	J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique, qui me fait paraître disgracieux	<b>2</b>
	J'ai l'impression d'être laid et repoussant	<b>3</b>
<b>K</b>	Je travaille aussi facilement qu'auparavant	<b>0</b>
	Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose	<b>1</b>
	Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit	<b>2</b>
	Je suis incapable de faire le moindre travail	<b>3</b>
<b>L</b>	Je ne suis pas plus fatiguée que d'habitude	<b>0</b>
	Je suis fatigué plus facilement que d'habitude	<b>1</b>
	Faire quoi que ce soit me fatigue	<b>2</b>
	Je suis incapable de faire le moindre travail	<b>3</b>
<b>M</b>	Mon appétit est toujours aussi bon	<b>0</b>
	Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude	<b>1</b>
	Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant	<b>2</b>
	Je n'ai plus du tout d'appétit	<b>3</b>

**Echelle A**

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis choisissez ce qui correspond le mieux à ce que vous ressentez A L'INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments ACTUELS.

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1. Je me sens calme				
2. Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté				
3. Je suis tendu(e), crispé(e)				
4. Je me sens surmené(e)				
5. Je me sens tranquille, bien dans ma peau				
6. Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e)				
7. L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment				
8. Je me sens content(e)				
9. Je me sens effrayé(e)				
10. Je me sens à mon aise (je me sens bien)				
11. Je sens que j'ai confiance en moi				
12. Je me sens nerveux (nerveuse), irritable				
13. J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur)				
14. Je me sens indécis(e)				
15. Je suis décontracté(e), détendu(e)				
16. Je suis satisfait(e)				
17. Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse)				
18. Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté(e), dérouté(e)				
19. Je me sens solide, posé(e), pondéré(e), réfléchi(e)				
20. Je me sens de bonne humeur, aimable				

**Echelle B**

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis choisissez ce qui correspond le mieux à ce que vous ressentez GÉNÉRALEMENT. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments HABITUELS.

	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
1. Je me sens de bonne humeur, aimable				
2. Je me sens nerveux (nerveuse), agité(e)				
3. Je me sens content(e) de moi				
4. Je voudrais être aussi heureux (heureuse) que les autres				
5. J'ai un sentiment d'échec				
6. Je me sens reposé(e)				
7. J'ai tout mon sang-froid				
8. J'ai l'impression que les difficultés s'accumulent à un tel point que je ne peux plus les surmonter				
9. Je m'inquiète à propos de choses sans importance				
10. Je me sens heureux (heureuse)				
11. J'ai des pensées qui me perturbent				
12. Je manque de confiance en moi				
13. Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté				
14. Je prends facilement des décisions				
15. Je me sens incompetent(e), pas à la hauteur				
16. Je suis satisfait(e)				
17. Des idées sans importance trottant dans ma tête me dérangent				
18. Je prends les déceptions tellement à cœur que je les oublie difficilement				
19. Je suis une personne posée, solide, stable				
20. Je deviens tendu(e) et agité(e) quand je réfléchis à mes soucis				

Répondez à chacune des modalités suivantes en sélectionnant la réponse qui correspond à votre réaction habituelle face à une situation stressante. Le mode de réponse est une échelle de 1 à 5 en passant par des réponses intermédiaires (2, 3, 4) qui vous permettent de nuancer votre réponse.

<b>Dans les situations stressantes, j'ai habituellement tendance à :</b>	<b>Pas du tout</b>				<b>Beaucoup</b>
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1. Mieux organiser le temps dont je dispose					
2. Me centrer sur le problème et voir comment je peux le résoudre					
3. Repenser à de bons moments que j'ai connu					
4. Essayer de me retrouver en compagnie d'autres personnes					
5. Me reprocher de perdre du temps					
6. Faire ce que je pense être le mieux					
7. Me tracasser à propos de mes problèmes					
8. Me reprocher de m'être mis(e) dans une telle situation					
9. Faire du "lèche vitrine", du shopping					
10. Définir, dégager mes priorités					
11. Essayer de dormir					
12. M'offrir un de mes plats ou aliments favoris					
13. Me sentir anxieux(se) de ne pas pouvoir surmonter la situation					
14. Devenir tendu(e) et/ou crispé(e)					
15. Penser à la manière dont j'ai résolu des problèmes similaires					
16. Me dire que cela n'est pas réellement en train de m'arriver					
17. Me reprocher d'être trop sensible/émotif(ve) face à la situation					
18. Sortir au restaurant ou manger quelque chose					
19. Être de plus en plus contrarié(e)					
20. M'acheter quelque chose					
21. Déterminer une ligne d'action et la suivre					
22. Me reprocher de ne pas savoir quoi faire					

23. Aller à une soirée, une fête chez des amis					
24. M'efforcer d'analyser la situation					
25. Me bloquer et ne plus savoir que faire					
26. Entreprendre sans délai des actions d'adaptation					
27. Réfléchir à ce qui s'est produit et tirer parti de mes erreurs					
28. Souhaiter pouvoir changer ce qui s'est passé ou ce que j'ai ressenti					
29. Rendre visite à un(e) ami(e)					
30. Me tracasser à propos de ce que je vais faire					
31. Passer un moment avec une personne (intime)					
32. Aller me promener					
33. Me dire que cela ne se reproduira jamais					
34. Ressasser mes insuffisances et inadaptations générales					
35. Parler avec quelqu'un dont j'apprécie les conseils					
36. Analyser le problème avant d'agir					
37. Téléphoner à un(e) ami(e)					
38. Me mettre en colère					
39. Ajuster mes priorités					
40. Voir un film					
41. Prendre le contrôle de la situation					
42. Faire un effort supplémentaire pour que les "choses marchent"					
43. Mettre sur pied un ensemble de solutions différentes au problème					
44. Trouver un moyen pour ne plus y penser, pour éviter cette situation					
45. M'en prendre à d'autres personnes					
46. Profiter de la situation pour montrer de quoi je suis capable					
47. Essayer de m'organiser pour mieux dominer la situation					
48. Regarder la télévision					

Vous allez trouver ci-dessous des affirmations dont chacun d'entre nous peut se servir pour se décrire soi-même. Nous vous prions de lire chaque affirmation et de décider le degré auquel elle s'applique à vous. Lorsque vous hésitez, basez votre réponse sur ce que vous ressentez émotionnellement, et non pas sur ce que vous pensez rationnellement être vrai. Choisissez ensuite entre 1 et 6 le nombre qui vous décrit au mieux durant votre vie, selon l'échelle suivante :

1. Cela ne m'a jamais correspondu tout au long de ma vie.
2. Cela a été vrai pour une période de ma vie, mais non pas la plupart du temps.
3. Cela me concerne en ce moment même, mais généralement cela ne m'a pas concerné durant ma vie.
4. Assez vrai pour moi durant la plupart de ma vie.
5. Tout à fait vrai pour moi la majeure partie de ma vie.
6. Me décrit parfaitement tout au long de ma vie.

	1	2	3	4	5	6
1. Je ne me sens pas capable de me débrouiller moi-même						
2. J'ai besoin que d'autres gens m'aident à y arriver						
3. Je ne me sens pas pouvoir faire face tout seul de manière efficace						
4. Je pense que d'autres gens peuvent s'occuper de moi mieux que je ne le fais moi-même						
5. J'arrive difficilement à faire face à de nouvelles tâches, à moins que quelqu'un d'autre de m'aide						
6. Je pense à moi comme à une personne dépendante						
7. Je laisse les autres faire les choses à leur manière						
8. Je pense que si je fais ce que je veux, je ne ferais que chercher des ennuis						
9. Je sens que je n'ai pas le choix et que je dois m'incliner devant les souhaits des autres						
10. Je place les besoins des autres avant les miens						
11. Dans les relations, je laisse l'autre avoir le dessus						
12. Je trouve qu'il m'est difficile d'être moi-même avec les autres						
13. Je ne sais vraiment pas ce que je veux pour moi-même						
14. Je ne peux pas exprimer ma colère car les autres me désapprouveraient ou me quitteraient						

15. Je sens que les décisions majeures de ma vie ne m'ont pas vraiment appartenu						
16. Je me sens coupable d'avoir laissé tomber ou déçu des gens						
17. Je donne plus aux autres que je n'en reçois						
18. Je me soucie de plaire aux autres						
19. Je n'exprime pas beaucoup de la colère et du ressentiment que j'accumule à l'intérieur de moi						
20. J'ai beaucoup de difficultés à exiger que mes droits soient respectés et que mes sentiments soient pris en considération						
21. Il me semble que je ne veux pas échapper au sentiment que quelque chose va mal se passer						
22. Je sens qu'un désastre (naturel, criminel, financier, médical) pourrait se produire à tout moment						
23. Je suis préoccupé(e) par la pensée de devenir un vagabond ou de devoir vivre dans la rue						
24. Je suis préoccupé(e) par la pensée d'être attaqué(e)						
25. Je fais très attention à mon argent, sinon je pourrais finir sans rien						
26. Je prends de grandes précautions pour éviter de tomber malade ou être blessé(e)						
27. Je me soucis de perdre tout mon argent et mon emploi						
28. J'ai peur de développer une maladie sérieuse, même si rien de sérieux n'a été diagnostiqué par le médecin						
29. Je suis une personne craintive						
30. Je préfère utiliser des moyens très familiers pour faire les choses plutôt que d'avoir une surprise						
31. Je pense beaucoup aux mauvaises choses qui se passent dans le monde : crimes, guerres, pollution, et ainsi de suite						
32. J'ai peur de perdre le contrôle de mes actions						
33. Je sens souvent que je pourrais devenir fou (folle)						
34. Je sens souvent que je suis sur le point d'avoir une attaque anxieuse						
35. Je crains de me mettre à rougir ou à transpirer devant les gens						
36. Je me sens souvent sur le point de me mettre à crier sans plus pouvoir me contrôler						

37. Je crains de ne pas être capable de résister à mes impulsions sexuelles						
38. J'ai peur que je pourrais sérieusement blesser physiquement ou émotionnellement quelqu'un si je perds le contrôle de ma colère						
39. Je sens que je dois contrôler mes émotions et mes impulsions sinon quelque chose de mal risque de se produire						
40. Personne n'est là pour répondre à mes besoins						
41. Je n'obtiens pas suffisamment d'amour et d'attention						
42. Je n'ai personne sur qui compter pour des conseils ou pour me soutenir émotionnellement						
43. Je n'ai personne qui veille sur moi, qui partage quelque chose avec moi, ou qui se soucie à fond de ce qui m'arrive						
44. Je n'ai personne qui veuille être proche de moi et qui passe beaucoup de temps avec moi						
45. Je pourrais disparaître de ce monde et ne manquer à personne						
46. Mes relations sont complètement superficielles						
47. Je ne me sens pas comme étant quelqu'un de spécial pour quiconque						
48. Personne ne m'écoute vraiment, ne me comprend ou ne se préoccupe de mes vrais besoins et sentiments						
49. Mon destin est d'être seul(e) pour toujours						
50. Je crains que quelqu'un que j'aime mourra prochainement, même s'il n'y a pas vraiment de raison médicale à cela						
51. Je trouve que je m'accroche aux gens qui me sont proches						
52. Je crains que les gens dont je me sens proche vont me quitter ou m'abandonner						
53. Je sens que je manque d'une base stable de soutien émotionnel						
54. Je sens qu'une relation importante ne va pas durer, je m'attends à ce qu'elle prenne fin						
55. Je sens que beaucoup de gens sont prêts à me blesser et à profiter de moi						
56. Je dois me protéger des attaques et remarques dévalorisantes d'autrui						

57. La meilleure manière pour moi d'éviter d'être blessé(e) est d'attaquer en premier						
58. Je sens que je dois me venger de la manière dont les gens m'ont traité						
59. Je sens que je dois rester sur la défensive en présence d'autrui						
60. Si quelqu'un se comporte gentiment envers moi, je pense qu'il (elle) veut obtenir quelque chose de moi						
61. Ce n'est qu'une question de temps jusqu'à ce que quelqu'un me trahisse						
62. La plupart des gens ne pensent qu'à eux-mêmes						
63. J'ai beaucoup de difficultés à faire confiance aux gens						
64. Je suis très méfiant(e) concernant les motivations des gens						
65. Je n'arrive pas à m'intégrer						
66. Je suis fondamentalement différent(e) des autres						
67. Je n'appartiens pas à un groupe, je suis né(e) pour être seul(e)						
68. Je me sens étranger aux autres						
69. Je me sens isolé(e) et seul(e)						
70. Aucun(e) homme/femme que je désire ne pourrait m'aimer dès lors qu'il (elle) aura vu mes défauts						
71. Personne que je désire ne voudra rester près de moi s'il (elle) me connaissait vraiment						
72. Je suis irrémédiablement anormal(e)						
73. Malgré tous mes efforts, je n'arrive pas à faire en sorte qu'un homme/femme me respecte où se rende compte de ma valeur						
74. Je ne suis pas digne de l'amour, de l'attention et du respect des autres						
75. Je ne suis pas sexuellement attirant(e)						
76. Je suis trop gros(se)						
77. Je suis moche						
78. Je ne peux pas soutenir une conversation décente						
79. Je suis bête et ennuyeux(se) dans les situations sociales						
80. Les gens que j'apprécie n'accepteraient pas de me côtoyer en raison de mon statut social (ex : revenu, niveau éducationnel, type de place de travail)						
81. Je ne sais pas quoi dire en société						
82. Les gens ne veulent pas me recevoir dans leurs cercles						

83. Je fais la plupart des choses moins bien que les autres							
84. Je suis incompetent(e)							
85. La plupart des gens sont plus compétents que moi							
86. J'échoue dans presque tout ce que j'entreprends							
87. Je suis idiot(e)							
88. Je suis un échec intégral							
89. Si je fais confiance à mon propre jugement, je prendrai la mauvaise décision							
90. Je manque de bon sens							
91. On ne peut pas se fier à mon jugement							
92. Je suis une personne fondamentalement mauvaise							
93. Je mérite d'être puni(e)							
94. Je ne mérite pas d'avoir du plaisir ou d'être heureux(se)							
95. Lorsque je fais une erreur, je mérite d'être fortement critiqué(e) et puni(e)							
96. Je n'arrive pas à être clément envers moi-même ou à me pardonner							
97. Je me sens très coupable des erreurs que j'ai commises							
98. Malgré tous les efforts, je n'arrive pas à vivre selon mes principes moraux ou religieux							
99. Je me sens souvent coupable sans savoir pourquoi							
100. Je me sens humilié(e) par mes échecs et mes erreurs							
101. Je suis trop intérieur(e) pour avouer mes échecs aux autres							
102. Si les autres découvrent mes défauts, je n'oserai plus les rencontrer							
103. Je me sens souvent embarrassé(e) en présence des autres, car je ne suis pas à leur niveau							
104. Je suis très préoccupé(e) par moi-même lorsque je suis avec quelqu'un d'autre							
105. Je dois être le (la) meilleur(e) dans tout ce que j'entreprends							
106. Je m'efforce de tout tenir dans un ordre parfait							
107. Je dois montrer le meilleur de moi-même la plupart du temps							
108. J'essaie de faire de mon mieux ; je ne me contenterais pas du qualitatif de "suffisant"							

109. J'ai tellement de choses à faire que je n'ai pas vraiment le temps de me détendre						
110. Presque rien de ce que je fais n'est suffisamment bon ; je peux toujours faire mieux						
111. Je dois faire face à toutes mes responsabilités						
112. Je sens qu'il y a une pression constante sur moi pour réaliser des choses						
113. Mes relations souffrent du fait que je me pousse autant						
114. Ma santé souffre du fait de la pression à laquelle je me sou mets pour bien faire les choses						
115. Je sacrifie souvent le plaisir et le bonheur afin de remplir mes propres exigences						
116. J'ai beaucoup de mal à accepter qu'on me réponde "non" lorsque je veux obtenir quelque chose						
117. Je me mets souvent en colère ou je suis irritable si je n'arrive pas à obtenir ce que je veux						
118. Je suis spécial(e) et ne devrais pas accepter beaucoup des restrictions auxquelles les autres sont soumis						
119. Je déteste être contraint(e) ou qu'on m'empêche de faire ce que je veux						
120. J'ai beaucoup de difficultés à accepter certains aspects de ma vie qui ne sont pas comme je veux, même si, objectivement, je mène une bonne vie.						
121. J'ai beaucoup de difficultés à arrêter de boire, fumer, trop manger ou d'autres comportements problématiques						
122. Je ne parviens pas à m'autodiscipliner pour mener à terme des tâches ennuyeuses ou de routine						
123. Souvent je me laisse aller à l'expression d'émotions ou d'envies qui m'attirent des ennuis ou blessent les autres						

La thérapie comportementale et cognitive de groupe suivie par les patients suit le manuel thérapeutique de Provencher et al. (2006) pour dépression unipolaire. Chacune des 12 séances s'organisait de la façon suivante :

- **Fixer l'agenda de la rencontre** : présentation de l'ordre du jour
- **Retour sur les exercices de la rencontre précédente**
- **Thème de la semaine**
- **Présenter les exercices pour la semaine à venir** (en donnant des exemples concrets et en sollicitant la participation des patients pour présenter un exemple personnalisé)
- **Rétroaction des participants** : bref retour sur le matériel présenté dans la séance, questions et retours des patients sur la séance

A chaque séance, des lectures complémentaires étaient proposées aux patients et des documents étaient distribués (grille d'auto-observation, étapes de la résolution de problème, liste des distorsions cognitives, plan de prévention de la rechute, etc.). A chaque début de séance, un contre-rendu détaillé de la séance précédente était distribué.

### Thèmes abordés

Session	Thème
Session 1	Présentation de la TCC de groupe pour la dépression
Session 2	Activation comportementale
Session 3	Activation comportementale
Session 4	Les pensées automatiques
Session 5	Réévaluation cognitive
Session 6	Réévaluation cognitive
Session 7	Résolution de problèmes
Session 8	Résolution de problèmes
Session 9	Les présomptions et les croyances de fond
Session 10	Les présomptions et les croyances de fond
Session 11	La prévention de la rechute
Session 12	La prévention de la rechute

## Synthèse des 12 séances

### Séance 1 : présentation de la TCC de groupe pour la dépression

- Présentation des intervenants
- Présentation des règles de fonctionnement du groupe et de la structure des rencontres
- Présentation des participants
- Explication de ce qu'est la TCC
- Explication de ce qu'est la dépression
- Explication du rationnel de la TCC pour la dépression
- Exercice de la semaine : auto-observation de l'humeur et des activités

### Séance 2 : activation comportementale

- Explication du modèle cognitivo-comportemental de la dépression
- Explication de l'activation comportementale et procédure pour la mettre en place
- Exercice de la semaine : planification et réalisation d'une activité

### Séance 3 : activation comportementale

- Retour sur le rationnel de l'activation comportementale
- Retour sur la procédure pour mettre en place l'activation comportementale et choix d'une activité pour la semaine
- Exercice de la semaine : planification et réalisation d'une activité

### Séance 4 : les pensées automatiques

- Explication du modèle cognitivo-comportemental de la dépression : le rôle des cognitions
- Exercices de la semaine : auto-observation des pensées automatiques

### Séance 5 : réévaluation cognitive

- Reconnaître les pensées automatiques
- Parler de la triade cognitive
- Explication du travail des cognitions : la recherche de pensées alternatives et la recherche d'indices (preuves/contre-preuves)
- Illustration à l'aide d'exemples
- Exercice de la semaine : auto-observation des pensées automatiques et rajouter la recherche des pensées alternatives et la recherche d'indices

### Séance 6 : réévaluation cognitive

- Travail au niveau des cognitions : générer des pensées substitutives (alternatives) et identification des distorsions cognitives (présentation des distorsions cognitives fréquentes dans la dépression)
- Exercice de la semaine : poursuivre l'auto-observation des pensées automatiques, la recherche des indices, et la production de pensées alternatives en y ajoutant l'identification de la distorsion cognitive

### Séance 7 et 8 : résolution de problème

- Consolidation de la réévaluation cognitive
- Introduction à la résolution de problème
- Présenter les étapes de la résolution de problèmes : perception du problème, définition du problème et formulation des objectifs à atteindre, recherche de solutions, choix d'une solution, application de la solution choisie et évaluation des résultats
- Exercice de la semaine : identifier et définir un problème

**Séance 9 et 10 : les présomptions et les croyances de fond**

- Présentation des croyances de fond (schémas)
- Exercice de la semaine : identifier les schémas négatifs, en examiner les origines, examiner les évidences pour et contre le schéma, évaluer la rationalité du schéma et en examiner les conséquences négatives dans leur vie actuelle

**Séance 11 et 12 : prévention de la rechute**

- Synthèse de ce qui a été fait jusqu'à maintenant dans le cadre de la thérapie
- Explorer comment les patients perçoivent la fin du traitement, les appréhensions, inquiétudes, doutes.
- Présenter la rechute en dépression et sa prévention
- Encourager l'autonomie et la poursuite des exercices après thérapie pour prévenir la rechute



# Conseil d'évaluation éthique pour les recherches en santé (CERES)

Présidente: Jacqueline Fagard

N° 2016 - 65

**PROTOCOLE : La perspective temporelle de patients anxieux et dépressifs : son lien avec les schémas précoces, les stratégies adaptatives et son évolution en thérapie.**

**Noms du/ des chercheur(s) : Héline Kaya Lefevre, Catherine Bungener et Philip Gorwood**

Email pour la correspondance : [heline.kaya@etu.parisdescartes.fr](mailto:heline.kaya@etu.parisdescartes.fr)

**Labo/ Service:**

Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé (LPPS – EA 4057)  
Université Paris Descartes, Institut de Psychologie  
71, avenue Edouard Vaillant  
92100 Boulogne-Billancourt

**Évalué à la séance du 06/12/2016**

**AVIS : Favorable**

**N°CERES : 201665**

Jacqueline Fagard

## Anonymisation des données nominatives – ID participant

Afin de conserver votre anonymat, il est nécessaire de créer un identifiant. Celui-ci pourra notamment permettre de retrouver les données vous concernant si vous souhaitez qu'elles soient modifiées ou supprimées.

Pour construire votre identifiant, procédez de la façon suivante :

- 1) Initiales
- 2) Votre année de naissance

Par exemple, Si vous vous appelez Daniel Mural, et que vous êtes née en 1986, votre identifiant est :

ID SUJET : | D | M | 1 | | 9 | 8 | 6 |

Il vous sera demandé d'inscrire cet identifiant au début de la passation.

Si vous avez des questions ou si certaines choses ne vous paraissent pas claires, n'hésitez pas à vous adresser à la psychologue Madame Héline Kaya Lefèvre ou à la contacter par mail dans le cas d'une passation à distance (mail : [heline.kaya@parisdescartes.fr](mailto:heline.kaya@parisdescartes.fr)).

**Tableau 33.** Indices de fiabilité, de dispersion et de distribution des trois clusters (étude complémentaire)

	Cluster 1			Cluster 2			Cluster 3		
	KS (p)	S	K	KS (p)	S	K	KS (p)	S	K
<b>BDI-13</b>	.067	.36	-.25	.001	1.23	2.42	.000	1.39	2.02
<b>STAI A</b>	.145	.36	-.66	.007	-.37	-.43	.200	.30	-.37
<b>STAI B</b>	.200	.19	-.60	.079	-.17	-.84	.200	.11	-.70
<b>ZTPI</b>									
<i>Passé négatif</i>	.170	-.37	-.43	.064	-.30	-.38	.200	-.02	-.63
<i>Passé positif</i>	.091	-.02	-.35	.161	-.01	-.12	.020	-.08	-.69
<i>Présent fataliste</i>	.200	.07	-.23	.200	.10	-.05	.000	-.45	-.64
<i>Présent hédoniste</i>	.011	-.13	-.34	.200	.22	-.31	.200	-.42	.49
<i>Futur</i>	.200	-.24	-.03	.016	-.19	-.15	.162	.19	.04
<b>DBTP</b>	.043	.48	-.05	.200	-.31	-.07	.200	.03	-.53
<b>CISS</b>									
<i>Coping tâche</i>	.200	-.41	-.14	.031	-.42	-.13	.200	-.34	.02
<i>Coping émotion</i>	.200	-.12	-.68	.200	-.55	.33	.200	-.15	-.54
<i>Coping évitement</i>	.022	-.16	-.04	.200	-.12	-.62	.200	.02	-.64
<i>Évitement : distraction</i>	.049	-.28	-.80	.048	-.16	-.67	.200	.14	-.50
<i>Évitement : diversion sociale</i>	.200	-.37	-.63	.068	-.14	-.82	.003	-.24	-.72
<b>YSQ</b>									
<i>Dépendance</i>	.008	.75	.16	.009	.67	-.15	.000	1.08	.74
<i>Manque d'individuation</i>	.200	.48	-.42	.034	.47	-.57	.200	.32	-.29
<i>Vulnérabilité à l'inconnu</i>	.065	.63	-.15	.142	.29	-.74	.059	.62	-.20
<i>Peur de perdre le contrôle de soi</i>	.004	.81	.04	.000	.59	-.51	.000	.74	-.27
<i>Déprivation affective</i>	.000	1.27	1.07	.000	1.17	.73	.000	.85	-.18
<i>Abandon</i>	.001	.56	-.55	.017	.29	-.87	.006	.38	-.71
<i>Méfiance</i>	.012	.81	.23	.006	.68	-.18	.000	.74	-.19
<i>Isolement social</i>	.000	.56	-1.03	.000	.79	-.62	.002	.54	-.72
<i>Impossibilité d'être aimé</i>	.000	1.16	.22	.000	1.13	.20	.000	.95	-.17
<i>Indésirabilité sociale</i>	.000	1.39	1.14	.000	1.36	1.79	.000	.85	-.17
<i>Echec</i>	.000	2.05	4.32	.000	1.84	3.28	.000	1.43	1.79
<i>Culpabilité/punition</i>	.000	1.55	2.48	.000	1.21	1.40	.000	.88	-.02
<i>Honte/embaras</i>	.000	1.16	.45	.000	.86	-.38	.000	.67	-.69
<i>Standards intransigeants</i>	.088	.27	-.85	.038	.34	-.59	.098	.27	-.76
<i>Droits/limites insuffisantes</i>	.020	.53	-.44	.167	.34	-.64	.029	.51	-.26

S = skewness (indice d'asymétrie) ; K = kurtosis (indice d'aplatissement) ; KS = test de Kolomogorov-Smirnov

BDI-13 : Short version of the Beck Depression Inventory ; STAI A : State Anxiety Inventory ; STAI B : Trait Anxiety Inventory ;

DBTP : Deviation from Balanced Time Perspective ; CISS : Coping Inventory for Stressful Situations ; YSQ : Young Schema Questionnaire

Tableau 34. Description des clusters selon les variables socio-démographiques et médico-psychologiques

	Cluster 1 (n=99)			Cluster 2 (n=98)			Cluster 3 (n=122)		
	Moy (ety)	Médiane	Etendue	Moy (ety)	Médiane	Etendue	Moy (ety)	Médiane	Etendue
<b>Age</b>	28,81 (9,76)	25	18-69	28,24 (10,24)	25	18-69	29,47 (10,54)	26	18-67
	n (%)								
<b>Sexe</b>									
<i>Homme</i>		11 (11,11%)			12 (12,24%)			19 (15,57%)	
<i>Femme</i>		88 (88,88%)			86 (87,75%)			98 (80,33%)	
<b>Situation familiale</b>									
<i>Célibataire</i>		57 (57,57%)			37 (37,76%)			42 (34,43%)	
<i>En couple</i>		24 (24,24%)			42 (42,86)			34 (27,87)	
<i>Mariés ou en concubinage</i>		13 (13,13%)			14 (14,29%)			41 (33,61%)	
<i>Séparés ou divorcés</i>		5 (5,05%)			5 (5,10%)			4 (3,28%)	
<i>Veufs</i>		0 (0%)			0 (0%)			1 (0,82%)	
<b>Enfants (oui)</b>		12 (12,12%)			17 (17,35%)			31 (25,41%)	
<b>Catégorie sociodémographique</b>									
<i>Agriculteurs</i>		0 (0%)			1 (1,02%)			0 (0%)	
<i>Artisans, commerçants et chefs d'entreprise</i>		4 (4,04%)			7 (7,14%)			3 (2,46%)	
<i>Cadres et professions intellectuelles supérieures</i>		14 (14,14%)			21 (21,43%)			35 (28,69%)	
<i>Professions intermédiaires</i>		11 (11,11%)			7 (7,14%)			13 (10,66%)	
<i>Employés</i>		21 (21,21%)			17 (17,35%)			16 (13,11%)	
<i>Ouvriers</i>		1 (1,01%)			2 (2,04%)			0 (0%)	
<i>Etudiants</i>		41 (41,41%)			34 (34,69%)			43 (35,25%)	
<i>Retraités</i>		2 (2,02%)			1 (1,02%)			3 (2,46%)	
<i>Sans emploi</i>		11 (11,11%)			7 (7,14%)			13 (10,66%)	
<b>Dernier diplôme obtenu</b>									
<i>Aucun</i>		2 (2,02%)			0 (0%)			0 (0%)	
<i>Brevet</i>		0 (0%)			2 (2,04%)			1 (0,82%)	
<i>Diplôme professionnel (CAP, BEP, etc.)</i>		14 (14,14%)			8 (8,16%)			7 (5,74%)	
<i>Baccalauréat ou équivalent</i>		24 (24,24%)			30 (30,61%)			28 (22,95%)	
<i>Licence (ou équivalent Bac +3)</i>		25 (25,25%)			33 (33,67%)			29 (23,77%)	
<i>Master (bac +5) et plus</i>		34 (34,34%)			25 (25,51%)			57 (46,72%)	
<b>Critères MINI dépression (module A) (oui)</b>		18 (18,18%)			6 (6,12%)			2 (1,64%)	
<b>Antécédents de diagnostic de dépression</b>		40 (40,40%)			34 (34,69%)			29 (23,77%)	
<b>Antécédents traitement médicamenteux pour dépression</b>		32 (32,32%)			21 (21,43%)			23 (18,85%)	
<b>Traitement médicamenteux actuel pour dépression</b>		19 (19,19%)			0 (0%)			7 (5,74%)	
<b>Antécédents d'hospitalisation pour dépression</b>		19 (19,19%)			8 (8,16%)			8 (6,56%)	
<b>Autre diagnostic psychiatrique</b>		29 (29,29%)			13 (13,27%)			9 (7,38%)	
<b>Antécédents traitement médicamenteux pour d'autres troubles psychiatriques</b>		10 (10,10%)			5 (5,10%)			2 (1,64%)	
<b>Traitement médicamenteux actuel pour d'autres troubles psychiatriques</b>		3 (3,03%)			0 (0%)			1 (0,82%)	
<b>Prise en charge psychologique actuelle</b>		25 (25,25%)			19 (19,39%)			25 (20,49%)	
<b>Evènement de vie majeur au cours de la dernière année</b>		40 (40,40%)			41 (41,84%)			49 (40,16%)	

**Tableau 35.** Description des clusters selon les scores de DBTP, dépression, anxiété, coping et schémas précoces inadaptés (étude complémentaire)

	Cluster 1			Cluster 2			Cluster 3		
	Moy (ety)	Médiane	Etendue	Moy (ety)	Médiane	Etendue	Moy (ety)	Médiane	Etendue
<b>BDI-13</b>	13.73 (7.11)	13.00	0-32	7.62 (5.43)	7.00	0-27	5.02 (4.41)	4.00	0-22
<b>STAI A</b>	50.47 (13.07)	52.00	4-76	41.26 (12.50)	40.50	19-61	37.80 (10.97)	43.00	18-63
<b>STAI B</b>	47.77 (8.31)	47.00	23-63	38.53 (9.45)	39.00	19-61	34.63 (8.37)	35.00	18-59
<b>DBTP</b>	3.75 (.59)	3.65	1.30-3.66	2.62 (.48)	2.62	1.30-3.66	2.09 (.59)	2.06	.76-3.52
<b>CISS</b>									
<i>Coping tâche</i>	43.78 (13.61)	45.00	17-75	50.04 (9.68)	49.50	27-75	54.76 (9.80)	57.00	15-74
<i>Coping émotion</i>	54.90 (11.86)	57.00	18-75	46.16 (12.62)	47.50	19-75	41.66 (10.67)	43.00	17-67
<i>Coping évitement</i>	44.19 (12.32)	44.00	18-75	49.47 (11.80)	50.00	20-74	43.66 (10.73)	44.00	19-70
<i>Distraction</i>	23.29 (7.02)	24.00	8-37	23.20 (6.80)	23.00	9-38	19.98 (6.24)	20.00	8-36
<i>Diversión sociale</i>	14.41 (5.68)	15.00	5-25	17.51 (4.97)	18.00	5-25	16.06 (5.06)	16.00	5-25
<b>YSQ</b>									
<i>DEPe</i>	3.08 (1.32)	3.00	1-6	2.33 (1.03)	2.08	1-6	2.23 (.89)	2.00	1-5.33
<i>MAN IND</i>	3.53 (.99)	3.57	1.64-5.50	2.85 (.86)	2.86	1-5.36	2.72 (.80)	2.57	1.36-5
<i>VUL</i>	3.14 (1.14)	3.18	1-6	2.55 (1.02)	2.36	1-5.45	2.36 (.94)	2.18	1-5.27
<i>PERT CONT</i>	2.97 (1.23)	3.00	1-5.50	2.47 (1.13)	2.13	1-6	2.02 (.83)	1.88	1-5
<i>DEP AFF</i>	3.08 (1.26)	3.00	1-6	2.03 (1.08)	1.72	1-6	1.71 (.84)	1.33	1-5.56
<i>ABAN</i>	3.89 (1.41)	4.17	1-6	3.04 (1.15)	3.00	1-6	2.45 (.99)	2.17	1-5.17
<i>MEF</i>	3.22 (1.19)	3.00	1-6	2.38 (1.05)	2.30	1-6	2.13 (.91)	1.90	1-4.7
<i>ISO SOC</i>	3.65 (1.49)	3.80	1-6	2.43 (1.34)	2.20	1-6	2.24 (1.33)	1.80	1-5.8
<i>IMP AIM</i>	3.28 (1.51)	3.40	1-6	1.91 (1.19)	1.40	1-5.8	1.73 (1.07)	1.20	1-5.6
<i>IND SOC</i>	2.67 (1.23)	2.57	1-6	1.87 (.95)	1.57	1-5.29	1.75 (.81)	1.43	1-4.57
<i>ECH</i>	2.42 (1.25)	2.11	1-6	1.66 (.95)	1.22	1-5.88	1.43 (.59)	1.22	1-4.22
<i>CULP</i>	2.69 (1.19)	2.50	1-6	1.78 (.81)	1.50	1-4.13	1.69 (.77)	1.38	1-4
<i>HONT</i>	3.24 (1.44)	3.20	1-6	2.15 (1.23)	1.60	1-5.2	1.84 (.99)	1.40	1-6
<i>STAN INTR</i>	3.42 (1.34)	3.55	1-6	2.86 (1.12)	2.64	1-6	3.20 (1.25)	3.23	1-5.82
<i>DRO INS</i>	3.42 (1.30)	3.38	1-6	3.02 (1.10)	2.94	1-5.63	2.46 (.99)	2.50	1-5.88

S = skewness (indice d'asymétrie) ; K = kurtosis (indice d'aplatissement) ; KS = test de Kolomogorov-Smirnov

BDI-13 : Short version of the Beck Depression Inventory ; STAI A : State Anxiety Inventory ; STAI B : Trait Anxiety Inventory ;

DBTP : Deviation from Balanced Time Perspective ; CISS : Coping Inventory for Stressful Situations ; YSQ : Young Schema Questionnaire

DEPE : Dépendance ; MAN IND : Manque d'individuation ; VUL : Vulnérabilité à l'inconnu ; PERT CONT : Peur de perdre le contrôle ; DEP AFF

: Déprivation affective ; ABAN : Abandon ; MEF : Méfiance ; ISO SOC : Isolement social ; IMP AIM : Impossibilité d'être aimé ; IND SOC :

Indésirabilité sociale ; ECH : Echec ; CULP : Culpabilité/punition ; HONT : Honte/embaras ; STAN INTR : Standards intransigeants ; DRO INS :

Droits insuffisants

**Tableau 36.** Comparaison des scores de DBTP, dépression, anxiété et coping selon les clusters (étude complémentaire)

	Test post-hoc		Différence de moyenne (A-B)	Significativité (p)	Intervalle de confiance de la différence (95%)	
	A	B			Inférieur	Supérieur
<b>DBTP</b>	1	2	1.12	.000	.94	1.30
	1	3	1.765	.000	1.46	1.84
	2	3	-.53	.000	-.70	-.36
<b>BDI-13</b>	1	2	6.10	.000	3.98	8.23
	1	3	8.71	.000	6.77	10.65
	2	3	-2.61	.083	1.00	4.21
<b>STAI A</b>	1	2	9.21	.000	4.90	13.52
	1	3	12.66	.000	8.77	16.55
	2	3	-3.45	.000	-7.25	.343
<b>STAI B</b>	1	2	9.24	.000	6.24	12.23
	1	3	13.14	.000	10.48	15.80
	2	3	-3.90	.005	1.02	6.78
<b>Coping tâche</b>	1	2	-6.26	.001	-10.24	-2.29
	1	3	-10.98	.000	-14.84	-7.13
	2	3	4.72	.001	1.61	7.84
<b>Coping émotion</b>	1	2	8.74	.000	4.61	12.86
	1	3	13.24	.000	9.62	16.87
	2	3	-5.50	.015	-8,29	-.73
<b>Coping évitement</b>	1	2	-5.28	.007	-9.33	-1.22
	1	3	.54	.938	1.22	9.34
	2	3	-5.81	.001	-9.44	-2.18
<b>Evitement : distraction</b>	1	2	.09	.996	-2.24	2.41
	1	3	3.32	.001	1.18	5.45
	2	3	-3.23	.001	-5.32	-1.23
<b>Evitement : diversion sociale</b>	1	2	-3.10	.000	-4.89	-1.30
	1	3	-1.64	.066	-3.37	.09
	2	3	-1.45	.085	-3.06	.15

**1** : profil négatif ; **2** : profil présent ; **3** : profil positif

BDI-13 : Short version of the Beck Depression Inventory ; STAI A : State Anxiety Inventory ; STAI B : Trait Anxiety Inventory ; DBTP : Deviation from Balanced Time Perspective

**Tableau 37.** Comparaison des scores aux schémas précoces inadaptés selon les classes de clusters (étude complémentaire)

	Test post-hoc		Différence de moyenne (A-B)	Significativité (p)	Intervalle de confiance de la différence (95%)	
	A	B			Inférieur	Supérieur
DEPE	1	2	.75	<b>.000</b>	.35	1.15
	1	3	.85	<b>.000</b>	.48	1.21
	2	3	.10	.740	-.21	.41
MAN INDI	1	2	.68	<b>.000</b>	.37	.99
	1	3	.82	<b>.000</b>	.53	1.11
	2	3	.13	.472	-.13	.40
VUL	1	2	.59	<b>.001</b>	.22	.95
	1	3	.78	<b>.000</b>	.44	1.12
	2	3	.19	.322	-.12	.51
PERT CONT	1	2	.59	<b>.009</b>	.11	.90
	1	3	.94	<b>.000</b>	.60	1.28
	2	3	.44	<b>.004</b>	.12	.77
DEP AFF	1	2	1.05	<b>.000</b>	.66	1.45
	1	3	1.37	<b>.000</b>	1.03	1.72
	2	3	.32	<b>.044</b>	.001	.63
ABAN	1	2	.85	<b>.000</b>	.42	1.29
	1	3	1.44	<b>.000</b>	1.04	1.84
	2	3	.59	.000	.24	.93
MEF	1	2	.84	<b>.000</b>	.46	1.22
	1	3	1.09	.000	.75	1.44
	2	3	.26	.140	-.06	.57
ISO SOC	1	2	1.22	<b>.000</b>	.74	1.70
	1	3	1.41	<b>.000</b>	.96	1.87
	2	3	.19	.531	-.23	.62
IMP AIM	1	2	1.37	<b>.000</b>	.91	1.83
	1	3	1.55	<b>.000</b>	1.12	1.97
	2	3	.18	.488	-.19	.54
IND SOC	1	2	.79	<b>.000</b>	.42	1.16
	1	3	.91	<b>.000</b>	.57	1.25
	2	3	.12	.561	-.16	.41
ECH	1	2	.76	<b>.000</b>	.39	1.14
	1	3	.99	<b>.000</b>	.67	1.31
	2	3	.23	.098	-.03	.49
CULP	1	2	.91	<b>.000</b>	.57	1.25
	1	3	1.00	<b>.000</b>	.67	1.33
	2	3	.09	.679	-.16	.34
HONT	1	2	1.10	<b>.000</b>	.65	1.55
	1	3	1.40	<b>.000</b>	.99	1.81
	2	3	.31	.118	-.06	.67
STAND INTR	1	2	.56	<b>.005</b>	.15	.98
	1	3	.22	.414	-.19	.63
	2	3	-.33	.088	-.72	.04
DRO INS	1	2	.40	.052	-.003	.81
	1	3	.96	<b>.000</b>	.59	1.34
	2	3	.56	<b>.000</b>	.22	.90

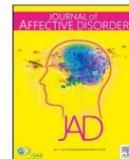
**1** : profil négatif ; **2** : profil présent ; **3** : profil positif

DEPE : Dépendance ; MAN IND : Manque d'individuation ; VUL : Vulnérabilité à l'inconnu ; PERT CONT : Peur de perdre le contrôle ; DEP AFF : Déprivation affective ; ABAN : Abandon ; MEF : Méfiance ; ISO SOC : Isolement social ; IMP AIM : Impossibilité d'être aimé ; IND SOC : Indésirabilité sociale ; ECH : Echec ; CULP : Culpabilité/punition ; HONT : Honte/embaras ; STAN INTR : Standards intransigeants ; DRO INS : Droits insuffisants



Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Affective Disorders

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/jad](http://www.elsevier.com/locate/jad)

Research paper

## Time perspective differences between depressed patients and non-depressed participants, and their relationships with depressive and anxiety symptoms



Héline Kaya Lefèvre<sup>a,\*</sup>, Christine Mirabel-Sarron<sup>b</sup>, Aurélie Docteur<sup>b</sup>, Virginie Leclerc<sup>b</sup>,  
Alexandra Laszcz<sup>b</sup>, Philip Gorwood<sup>b</sup>, Catherine Bungener<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé, EA 4057, Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, 71 avenue Édouard Vaillant, 92100 Boulogne-Billancourt, France

<sup>b</sup> Centre des Maladies Mentales et de l'Encéphale (C.M.M.E), Centre Hospitalier Sainte-Anne, Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, France

### ARTICLE INFO

**Keywords:**  
Time perspective  
Depression  
Anxiety  
Major depressive disorder

### ABSTRACT

**Background:** Time perspective (TP) can be described as an individual's attitude towards his personal past, present and future. Literature suggests that it plays a role in several areas of psychological functioning (self-efficacy, coping) and impacts actual thoughts and behaviors. However, TP has seldom been studied in mental health, despite previous studies suggesting that the temporal profile is altered in depressed patients. This study investigates the differences of TP between depressed patients and non-depressed participants, and its relationship with depressive and anxiety symptoms.

**Methods:** 45 patients diagnosed with major depressive disorder were compared to 43 non-depressed participants recruited in the general population. Participants were asked to answer time perspective (ZTPI), depression (BDI-13) and anxiety (STAI-Y) self-report inventories. Statistical analysis included comparisons of scores between depressed patients and non-depressed participants, correlation and regression analysis.

**Results:** Results indicate that TP is significantly altered in depressed patients. They display a more negative view of their past, a less hedonistic perspective towards their present, and a more fatalistic perspective when compared to non-depressed participants. Regression analysis shows that depressive and anxiety symptoms are associated with *negative past* and *fatalistic present*, and similar results are found with correlation analysis.

**Limitations:** The size of the sample was small, and longitudinal studies are needed to understand the dynamics and causal relationship between TP and depression.

**Conclusions:** These results underline the importance of considering TP in depressed patients, and encourage an in depth study of the relationship between TP and mood disorders. Therapeutic perspectives are discussed.

## 1. Introduction

Depression is considered as the first cause of morbidity and incapacity in the world, according to the [World Health Organization \(2017\)](#). One in five people will be affected by depression in their lifetime. Depressive disorders can occur at all ages and in all socio-cultural environments, and as regards the high risk of suicide, they are considered to be a medical emergency. Effective treatments are available, but unfortunately relapses are frequent ([Mirabel-Sarron and Docteur, 2013](#)), and this fact highlights the necessity of improving our understanding of the mechanisms involved in depressive disorders in order to identify factors of vulnerability which may be taken into account in future care.

### 1.1. Depression and time dimensions

Alteration of time dimensions is frequently mentioned in literature concerning depressive disorders. In 1976, Beck suggested that depressed individuals are hypersensitive to *negative past* experiences, which are experienced in an overly-generalized and absolute way (« *nobody ever loved me* »). Depressed patients also tend to recall more negative memories ([Addis et al., 2016](#); [Anderson and Evans, 2015](#); [Belzung et al., 2015](#); [Gotlib and Joorman, 2010](#); [Mathews and MacLeod, 2005](#); [Miranda and Mennin, 2007](#)), and recall past memories with less specificity than healthy individuals ([Dagleish et al., 2007](#); [Dickson and Bates, 2006](#); [MacKinger et al., 2000](#); [Van Vreeswijk and De Wilde, 2004](#); [Williams et al., 2007](#); [Young et al., 2013](#)). This over-generalized autobiographical memory leads to absolute beliefs

\* Corresponding author.

E-mail address: [heline.kaya@parisdescartes.fr](mailto:heline.kaya@parisdescartes.fr) (H. Kaya Lefèvre).

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.053>

Received 7 September 2018; Received in revised form 10 November 2018; Accepted 16 December 2018

Available online 19 December 2018

0165-0327/ © 2018 Elsevier B.V. All rights reserved.

concerning their perception of self (« *I have failed all my life* », « *I'm useless* »). Indeed, depressed patients attribute the responsibility of past failures to themselves (Beck, 1976).

Furthermore, previous studies highlight a tendency to be pessimistic about the future. Depressed individuals overestimate the probability of negative events in their future, underestimate the probability of positive events, and have dark and pessimistic expectations for the future. However, this pessimism is not reflected when they are asked to evaluate the probability for others (MacLeod and Cropley, 1995; MacLeod and Salaminiou, 2001; Thimm et al., 2013). These results are in line with Beck's proposals (1976), when he suggests that depressed individuals tend to over-anticipate negative events and perceive the future in a fatalistic way: they believe that they will never be happy and that their difficulties are unsolvable in the future.

According to Beck (1976), sadness and anhedonia in depression would arise from this focalization on *negative past* experiences and pessimism toward the future, which reduce the patients' motivation to engage in activities: "when an individual believes he can't succeed in a task, he will most likely give up" (Beck, 1976: page 103).

Literature also highlights the role of ruminations: depressed individuals tend to engage in recurrent and repetitive thinking concerning their past (causes, "why is this happening to me?") and their future (consequences, "what is going to happen?") (Monestès and Baeyens, 2016; Nolen-Hoeksema et al., 2008; Philippot et al., 2015). Moreover, ruminations are associated with negative bias towards the past and the future. For example, depressed patients overestimate the frequency of negative events in their past (Lavender and Watkins, 2004; Lyubomirsky et al., 1998; Lyubomirsky et al., 1999; McFarland and Buehler, 1998; Nolen-Hoeksema et al., 2008; Pyszczynski et al., 1989; Rimes and Watkins, 2005).

Because of this, literature suggests that depressed patients display several biases towards time dimensions: they tend to focus on *negative past* experiences and to have a fatalistic and pessimistic vision of the future. However, most studies investigate one temporal dimension at a time, and their relationships to dimensions of time is indirectly assessed through autobiographical memory, pessimism, prospective memory (generating future events) and ruminations. This leads us to the concept of time perspective, which could be an interesting criterion in the comprehension and investigation of temporal profiles in depression.

### 1.2. Depression, anxiety and time perspective

Time perspective (TP) could be defined as an individual's perspective toward his personal past, present and future. Zimbardo and Boyd (1999) identified 5 dimensions of TP: *positive past* (positive attitude towards the past), *negative past* (negative and aversive attitude towards the past), *fatalistic present* (fatalistic and hopeless attitude towards life), *hedonistic present* (hedonistic and risk-taking attitude towards life), and *future* (general future orientation, focused on planning for the achievement of future goals). According to Zimbardo and Boyd (1999), TP plays a major role in our actual thoughts and behaviors, and impacts the interpretation of situations. For example, a negative view of the past could develop a pessimistic and aversive attitude toward the present and the future as well. Previous research suggests that TP could be involved in several areas of psychological functioning such as self-esteem (Akirmak, 2014), self-efficacy (Epel et al., 1999; Luszczynska et al., 2004), and coping (Agnostopoulos and Griva, 2012; Bolotova and Hachaturova, 2013; Blomgren et al., 2016; Iwanicka et al., 2017; Zambianchi and Ricci Bitti, 2013).

However, TP has seldom been studied in mental health and psychopathology, despite literature data suggesting that TP could play a role in depression disorders. In students, Zimbardo and Boyd (1999) find that depressive symptoms are positively associated with *negative past* and *fatalistic present*, and negatively associated with *hedonistic present* and *future*. However, another study finds that only *negative past* is associated with depression (Anagnostopoulos and Griva, 2012). In

Hong Kong adolescents, high depression levels and high anxiety are associated with higher *negative past* and *fatalistic present*, and lower levels, with *positive past*, *hedonistic present* and *future* orientation (Chan et al., 2016). In adults in the general population, depressive symptoms are predicted by *negative past* and *fatalistic attitudes* (Carelli and Wiberg, 2012; Tseferidi et al., 2017).

*Negative past* is associated with depression in homeless individuals (Pluck et al., 2008), and predicts depression in individuals in precarious situations (Fieulaine et al., 2012). The significant relation between *negative past* and depression is also found in adolescents with cancer (Bitsko et al., 2008). However, in a similar sample, Wakefield et al., (2010) find that all TP dimensions are associated with depression. A study carried out in patients with diabetes shows that depression is predicted by *negative past* and *fatalistic present*, and negatively associated with *positive past* (Livneh and Martz, 2007).

Concerning patients with mental disorders, few studies have investigated the relation between TP and depression. In adult patients suffering for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), depression was positively associated with *fatalistic present* and negatively associated with *positive past* (Carelli and Wiberg, 2012). In patients consulting for personality disorders, van Beek et al. (2010) found significant correlations between depression, *positive past* and *fatalistic present*. To our knowledge, only one study investigated the relation between TP and depression in clinically depressed patients (Oyadanel and Buela-Casal, 2014): 70 patients with Major Depressive Disorder have been compared to 70 healthy individuals (mean age = 45.31, 29% men). Results show that depressed patients have significantly higher scores of *negative past* ( $p < 0.001$ ) and *fatalistic present* ( $p < 0.05$ ), and lower scores of *positive past* ( $p < 0.01$ ). However, statistical analysis does not include correlation or regression analysis when investigating the association between TP and depressive symptoms in depressed patients.

From this work, literature data suggest a relation between TP and depression. However, the results of previous studies are inconsistent. Heterogeneity of the results could be explained by differences in the type of population investigated (students, general population, homeless people, individuals with cancer and diabetes, patients with personality disorders). This inconsistency could also be explained by differences concerning the measures used to assess depression: Zimbardo and Boyd (1999), van Beek et al. (2010), Carelli and Wiberg (2012) and Chan et al. (2016) used the *Beck Depression Inventory* (BDI), Anagnostopoulos and Griva (2012) and Bitsko et al., (2008) used the *Center for Epidemiologic Studies Depression* (CES-D), Fieulaine et al. (2006) used the *Hospital Anxiety Depression scale* (HAD), and Pluck et al. (2008) used the *Zung Self-rating Depression Scale*.

As for depression, studies investigating the link between TP and anxiety have not been conducted in a psychiatric sample. When using the *State-Trait Anxiety Inventory* with students, anxiety symptoms are predicted by *negative past* and *fatalistic present* (Tseferidi et al., 2017). In patients suffering from hereditary cancer, anxiety is positively associated with *negative past*, and negatively associated with *positive past* (when using the *Hospital Depression Scale*, HADS). However, in the same sample, when using the *Depression Anxiety and Stress Scale* (DASS), anxiety is also negatively associated with *future* and positively associated with *fatalistic present* (Wakefield et al., 2010). In patients with diabetes, anxiety is predicted by *negative past* (Livneh and Martz, 2007).

Literature highlights the pertinence of investigating time perspective in depressed patients, and suggests that TP could play a role in depressive and anxiety symptoms. Considering the high prevalence of anxiety symptoms in depressed patients, it seems necessary to take into account anxiety severity as well as depressive symptomatology.

The aim of this study is to investigate the concept of time perspective in clinically depressed patients. Our first objective is to explore time perspective differences between depressed patients and non-depressed individuals. Our second objective is to investigate the relationship between time perspective, depressive and anxiety symptoms

in depressed patients. We expect that time perspective will be significantly altered in depressed patients, and will be associated with depression and anxiety symptoms.

## 2. Method

### 2.1. Participants and procedure

Forty-five depressed outpatients consulting in a psychiatric teaching hospital in Paris were included. Inclusion criteria were: ages from 18 to 65, being diagnosed with Major Depressive Disorder (MDD) by the same psychiatrist according to DSM IV-TR criteria, but no other mental disorder. For all patients, it was not the first depressive episode, and all patients were currently under medication. Patients were included in the same order as their arrival in consultation.

Forty-three non-depressed participants (control group) were recruited online. Inclusion criteria were: ages from 18 to 65. The exclusion criteria were receiving actual treatment for a mental disorder (including depression), answering DSM-IV criteria for major depressive disorder (assessed by the *M.I.N.I* – *Mini International Neuropsychiatric Interview*), and having depression scores higher than the pathological threshold (7 for the short version of the *Beck Depression Inventory*).

Depressed patients were seen in consultation by a psychiatrist, and the research was proposed to them if they met the inclusion criteria. When they gave their consent, a booklet with three self-report inventories was given to them. Non-depressed participants (control group) were recruited from social networks and forums, and were asked to answer the self-report inventories online on Limesurvey.

All participants received a letter of information and gave their written consent to participate. The study was conducted according to ethics recommendations in the Helsinki declaration (*World Medical Association, 2013*), and received approbation from the ethics committee CERES (Conseil d'Evaluation Ethique pour les Recherches en Santé) (approval number: 201,665), of Paris Descartes University.

## 3. Assessments

### 3.1. Sociodemographic and mental health data

Patients and participants were asked to answer sociodemographic (age, gender, marital status, socio-professional category) and mental health data (antecedents of depression and other psychiatric disorders, medical treatment).

### 3.2. Time perspective

Time perspective was assessed with the French version of *Zimbardo's Time Perspective Inventory (ZTPI)* (*Apostolidis and Fieulaine, 2004; Zimbardo and Boyd, 1999*). The French version includes 54 items distributed in 5 independent dimensions: positive past ("It gives me pleasure to think about my past"), negative past ("I often think of what I should have done differently in my life"), fatalistic present ("my path is controlled by forces I cannot influence"), hedonistic present ("I take each day as it is rather than try to plan it out"), and future ("when I want to achieve something, I set goals and consider specific means for reaching those goals"). Answers are given on a 5-point Likert scale. Higher scores on a time dimension represent a stronger tendency to focus on this dimension.

Coefficient alpha score were  $\alpha = 0,84$  for negative past,  $\alpha = 0,77$  for positive past,  $\alpha = 0,67$  for fatalistic present,  $\alpha = 0,82$  for hedonistic present and  $\alpha = 0,65$  for future orientation, and were mostly similar to those found by *Zimbardo and Boyd (1999)*.

### 3.3. Depression

Depression was assessed with the 13-item version of the *Beck Depression Inventory* (*Beck et al., 1961; Delay et al., 1963*), a self-report

instrument measuring severity of depression in adults. Participants answered on a 4-point Likert scale. Higher scores represent stronger depression severity. Cronbach's alpha in our sample was  $\alpha = 0,77$ .

For the control group, the questions from the Major Depressive Disorder module of the MINI were adapted for a self-report inventory in order to be answered online and were included so as to exclude the participants who met MDD criteria.

### 3.4. Anxiety

Anxiety was assessed with the *Trait* part of the *State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y)* (*Bruchon-Schweitzer and Paulhan, 1993; Spielberger, 1970*), a self-report inventory of 20 items, answered on a 4-point Likert scale. Trait anxiety means the stable tendency to experience anxiety symptoms. Cronbach's alpha in our sample was  $\alpha = 0,90$ .

## 4. Data analysis

Data analysis was conducted with SPSS 21. Descriptive analysis was performed for quantitative data (mean, standard deviation) and qualitative data (percentage). Data analysis includes: (1) comparisons analysis (Student t) in order to compare time perspective between depressed patients and non-depressed participants, (2) bivariate Pearson correlations analysis between time perspective, anxiety and depressive symptoms in depressed patients, and (3) linear regressions analysis in order to investigate the predictive effect of time perspective on anxiety and depressive symptoms in depressed patients.

## 5. Results

### 5.1. Sociodemographic characteristics

Sociodemographic characteristics are presented in *Table 1*. The mean age of the depressed patients ( $N = 45$ ) was 45,04 years ( $SD = 12.65$  years) and 69% were females. The majority of depressed patients were currently working (55%) and currently single (49%).

The mean age of the non-depressed participants ( $N = 43$ ) was 41.76 years ( $SD = 12.61$  years) and 72% were females. The majority of non-depressed participants were currently married or in a relationship (65%) and currently working (69%).

The Chi-square test indicated that the percentage of depressed patients who were single was significantly greater than for non-depressed patients, and that they were significantly less often married or in a relationship ( $p < .05$ ). No significant difference was found concerning age, gender or professional activity ( $p > .05$ ).

### 5.2. Comparison analysis between depressed patients and non-depressed participants

*Table 2* shows time perspective differences between depressed

**Table 1**  
Sociodemographic characteristics.

	Depressed patients (N = 45)	Non depressed participants (N = 43)
Age (SD)	45.04 (12.65)	41.76 (12.61)
Females	69%	72%
Marital		
Single	49%	26%
Married or in a relationship	35%	65%
Divorced, separated or widowed	16%	9%
Professional		
Working	55%	69%
Retired or unemployed	38%	24%
Students	7%	7%

**Table 2**  
Comparison analysis between depressed patients and non-depressed participants.

	Depressed patients (N = 45) Mean (SD)	Non depressed participants (N = 43) Mean (SD)	Cohen's d	Test t p
Depression (BDI-13)	14.09 (5.84)	2.65 (1.91)	2,64	<0.0001
Anxiety (STAI-Y-trait)	67.26 (13.36)	34.48 (9.75)	2,80	<0.0001
Time perspective (ZTPI)				
Negative past	3.38 (0.76)	2.58 (0.77)	1,04	<0.0001
Positive past	2.92 (0.59)	3.13 (0.84)	0,29	0.18
Fatalistic present	2.64 (0.60)	2.32 (0.56)	0,55	<0.05
Hedonistic present	2.97 (0.60)	3.47 (0.55)	0,87	<0.0001
Future	3.31 (0.52)	3.18 (0.51)	0,25	0.25

patients and non-depressed participants.

As expected, it stands out that *negative past* ( $p < .0001$ ) and *fatalistic present* ( $p < .05$ ) were significantly greater in depressed patients, and *hedonistic present* ( $p < .0001$ ) was significantly greater in non-depressed participants. However, no significant difference was found when considering *positive past* and *future* orientation.

### 5.3. Regression and correlation analysis between time perspective, anxiety and depression in depressed patients

Correlation analysis is presented in Table 3, and regression analysis is presented in Table 4.

Correlation analysis between time perspective dimensions shows that *negative past* was positively and moderately correlated with *fatalistic present* ( $r = 0.44$ ), and *positive past* was positively and moderately correlated with *hedonistic present* ( $r = 0.40$ ).

Correlation analysis between time perspective, depression and anxiety shows that *negative past* and *fatalistic present* were moderately and positively associated with depression ( $r = 0.37$  and  $r = 0.40$ ) and anxiety ( $r = 0.35$  and  $r = 0.38$ ). *Positive past* was negatively and moderately associated with anxiety ( $r = -0.31$ ), but was not significantly correlated with depression. No significant correlation was found concerning *hedonistic present* and *future orientation*, which are not associated with depression or anxiety.

Similar results were found using regression analysis. Linear regression analysis shows that depression was positively associated with *negative past* ( $\beta = 0.36$ ) and *fatalistic present* ( $\beta = 0.39$ ). In the same way, anxiety was positively associated with *negative past* ( $\beta = 0.35$ ) and *fatalistic present* ( $\beta = 0.40$ ). However, *positive past*, *hedonistic present* and *future orientation* did not predict depression and anxiety in depressed patients.

The sex and age of participants were not associated with depression ( $\beta = 0.12$ ;  $p = 0,43$  and  $\beta = -0,15$ ;  $p = 0,34$ ) or anxiety ( $\beta = -0,10$ ;  $p = 0,53$  and  $\beta = -0,02$ ;  $p = 0,89$ ) in the depressed sample.

## 6. Discussion

The main goal of our study was to explore the concept of time

perspective in the context of depression. Our first objective was to investigate time perspective differences between depressed patients and non-depressed participants. Depressed patients have more focus on *negative past*, show higher tendency to fatalism (*fatalistic present*) and less capacity to focus on the present moment (*hedonistic present*). However, depressed patients and non-depressed participants do not differ concerning *positive past* and *future* orientation.

These results confirm that depressed patients have a significantly altered time perspective, when compared to non-depressed participants, and they underline the importance of considering all time dimensions in the context of depression.

The temporal profile of depressed patients may highlight a tendency to focus on *negative past* experiences. These results are coherent with previous studies on autobiographical memory, showing that depressed patients tend to recall more negative memories and fewer positives memories, and tend to generalize negative experiences which may lead to this general negative view of the past (Addis et al., 2016; Mathews and MacLeod, 2005; Williams et al., 2007; Young et al., 2013).

We can hypothesize that depressed individuals tend to recall past memories with a feeling of loss, regret, guilt or failure. These memories being generalized, this may lead to absolute beliefs (“*I’m a failure*”, “*no one ever loved me*”), which will likely impact self-esteem and influence the perception of the present and future. If someone is convinced that he has failed all his life, he may develop the feeling that the present situation will not be different and will repeat itself in the future. This can help us understand how the views of past, present and future can interact with each other, something which is supported by the associations found between *negative past* and *fatalistic present* in our study. These temporal biases could play a role in the sadness, the sense of pessimism and the lack of self-esteem in depression. These hypotheses are coherent with the relationship between time perspective, self-esteem and self-efficacy found in previous studies (Akirmak, 2014; Epel et al., 1999; Luszczynska et al., 2004).

The lack of significant differences between depressed patients and non-depressed participants concerning *positive past* can seem to be in contradiction to the differences concerning *negative past*. However, this is in line with the idea of painful nostalgia in depression: according to Beck (1976), depressed patients tend to believe that “*everything was*

**Table 3**  
Correlation analysis in depressed patients (N = 45).

	Depression	Anxiety	NP	PP	FP	HP	Future
Depression	1						
Anxiety	0.65**	1					
NP	0.37*	0.35*	1				
PP	-0.23	-0.31*	-0.18	1			
FP	0.40**	0.38*	0.44**	0.09	1		
HP	-0.25	-0.24	-0.21	0.40**	0.12	1	
Future	-0.25	-0.25	-0.01	-0.05	-0.15	-0.01	1

NP = *negative past*; PP = *positive past*; FP = *fatalistic present*; HP = *hedonistic present*.

\*  $p < .05$ .

\*\*  $p < .01$ .

**Table 4**  
Linear regression analysis in depressed patients (N = 45).

DV	IV	R <sup>2</sup>	$\beta$	B	p	CI 95% Min	Max
Depression	Negative past	0.11	.036	2.93	p < .05	0.56	5.30
	Positive past	0.09	–0.28	–2.71	p = .084	–5.81	0.38
	Fatalistic present	0.17	0.39	3.83	p < .05	0.97	6.69
	Hedonistic present	0.06	–0.31	–3.15	p = .06	–6.39	0.09
	Futur	0.01	–0.20	–2.25	p = –1.30	–5.74	1.24
	Negative past	0.13	0.35	6.45	p < .05	0.99	11.92
Anxiety	Positive past	0.05	–0.30	–6.75	p = .06	–13.79	0.29
	Fatalistic present	0.16	0.40	8.81	p < .05	2.27	15.36
	Hedonistic present	0.06	–0.23	–5.46	p = .15	–13.04	2.12
	Future	0.02	–0.24	–6.08	p = –1.55	–14.02	1.86

DV = dependant variable; IV = independant variable; CI = confidence interval.

better before”, “life was easier in the past”, with a feeling of nostalgia associated with the belief that the happiness of the past can’t be achieved anymore. Thus, nostalgia could explain that depressed patients don’t score lower on *positive past* than non-depressed participants, which would be coherent with several items of the *past positive* scale (such as “I get nostalgic about my childhood” and “life today is too complicated; I would prefer the simpler life of the past”). Thus, we can hypothesize that even if depressed patients do not necessarily lack of *positive past*, it may be associated with sadness and a feeling of loss (such as “it will never be the same as before”). This hypothesis is supported by previous studies indicating that thinking about positive memories is not an effective way to improve the mood in depressed patients (as opposed to non-depressed individuals), and can even increase sadness (Bluck et al., 2005; Joorman and Siemer, 2004; Joorman et al., 2007; Feldman et al., 2008). Therefore, it seems that the temporal profile of depressed patients could associate a negative vision of the past, but all the while recalling positive memories, presumably in order to compare them to the present. The ZTPI is particularly interesting for highlighting this ambivalence towards the past in depression: scales are independent, allowing us to obtain one score on *negative past*, and one score on *positive past*.

The lack of a *hedonistic present* in the clinical sample suggests that depressed individuals failed to focus on the present moment, which is coherent with their difficulty in experiencing pleasure and interest for activities (anhedonia). We can hypothesize that negative thinking focused on the past and future may be so overwhelming that depressed patients cannot mobilize resources to enjoy the present moment.

Moreover, a *hedonistic present* is associated with the capacity to positively evaluate situations (Blomgren et al., 2016), which could suggest that depressed patients lack the ability to find positive characteristics in their past life and their current situation. Again, these results are coherent with negative thinking and negative bias in depression (Beck, 1976; Mirabel-Sarron & Docteur, 2013)

The feeling of resignation and lack of control in a *fatalistic present* could play a role in pessimism and apathy in depressed patients (leading to beliefs such as “there is nothing I can do”). This is in line with the association between *fatalistic present*, self-efficacy and the tendency to avoid stressful situations (Bolotova and Hachaturova, 2013; Luszcynska et al., 2004; Zebardast et al., 2011). The belief of not being able to impact their own life could lead to the common attitude in depression that they will never get better, and it could increase despair and impair self-esteem, leading to more withdrawal from present activities.

The lack of significant differences between depressed patients and non-depressed participants concerning *future* orientation can seem surprising. Indeed, literature on depression suggests that depression involves a negative and pessimist view of the future (Beck, 1976; MacLeod and Salaminiou, 2001; Mirabel-Sarron and Docteur, 2013; Mirabel-Sarron and Blanchet, 2000; Thimm et al., 2013). These results can be explained by the measure of the future in the ZTPI: items

concerning the future can be considered as a measurement of planning and problem-solving (for example: “when I want to achieve something, I set goals and consider specific means for reaching those goals”). In addition, the scale does not include a measure of a negative view of the future. We can hypothesize that depressed patients would differ from non-depressed participants when using a measure of *negative future* and pessimism rather than planning.

Our second objective was to investigate the relationship between time perspective, depressive and anxiety symptoms in clinical depressed patients. Depressive and anxiety symptoms were positively associated with *negative past* and *fatalistic present*, but were not associated with *hedonistic present* and *future orientation*. *Positive past* was only associated with anxiety, but not with depression.

This study has some limitations. The size of the sample was rather small, and participants of the control group answered the self-reported inventories online. For all patients, it was not their first depressive episode, and the depression scores at the BDI-13 were only moderate.

The ZTPI includes cognitive, affective and behavioral items, making it difficult to determine which one contributes to the relationship between TP, depression and anxiety (McKay et al., 2017a). Several authors choose to assess for example only the affective dimension or the cognitive dimension, but they did it in a non-depressed sample (McKay et al., 2017a, 2017b). Thus, it would be interesting to conduct such analysis among depressed patients.

The measure used for future orientation does not refer to *negative future* and pessimism, which could be a more efficient item for discriminating depressed individuals from non-depressed individuals. In our opinion, further studies investigating the relationship between time perspective and depression should also include a measure of pessimism, or use the S-ZTPI (Grazia et al., 2014), which separates the future dimension into positive and negative scales.

Moreover, McKay and colleagues (2017) highlight that most studies are variable focused, despite the fact that temporal profile is essential (meaning the degree of orientation toward each time dimension in one individual) (Zimbardo & Boyd, 1999; Boniwell & Zimbardo, 2004). Several authors (Boniwell et al., 2010; McKay et al., 2014, 2017a, 2017b) choose to conduct person-centered analyses and were able to identify meaningful individual profiles: those with generally negative temporal profile reported higher depression scores, and the past focus appeared to have the worst outcomes of depressive symptomatology and anxiety. Thus, studies using cluster analysis among depressed patients could help determine how the temporal profile is associated with depressive symptomatology in clinically depressed individuals.

Finally, the cross sectional method used in this study does not allow us to draw conclusions on the predictive effect of time perspective. Longitudinal studies could help to better understand the dynamics and causal relationship between time perspective and depression.

However, this study contributes to expanding our understanding of depressive mechanisms, and highlights the potential role of time perspective in depression: *negative past* and *fatalistic present* might be

considered as a factor of vulnerability to experiencing depressive and anxiety symptoms. On the contrary, *positive past* and *hedonistic present* might be protective factors against psychopathology.

Our results also demonstrate the interest of investigating the role of time perspective in psychotherapy for depression. In fact, results show that in depressed patients, depressive and anxiety symptoms are associated with dysfunctional temporal dimensions such as *negative past* and *fatalistic present*, but not with more positive dimensions. These results suggest that therapy for depression might be more useful when focusing on reducing negative temporal distortions rather than trying to improve positive dimensions, in order to have more effect on depressive and anxiety symptoms. In other words, *negative past* and *fatalistic present* should be the main priority in depression therapy.

Moreover, this result will hopefully encourage further studies to investigate how temporal distortions can be improved in therapy and how the time perspective can be used as a potential tool for prevention and psychotherapeutic treatments.

The development of a recent therapy (*time perspective therapy*) for Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), focuses on temporal bias, and could be interesting for depressed patients displaying an altered time perspective (Sword et al., 2014; Zimbardo et al., 2012). However, studies investigating the efficacy of time perspective therapy or other more familiar therapies (cognitive behavioral therapy –CBT– for example) in depressed patients are necessary.

#### Conflict of interest

None.

#### Declaration of interest

None.

#### Author statement

#### Funding sources

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial or not-for-profit sectors.

#### Acknowledgement

The authors would like to thank Jean Davis for the English correction of this article.

#### Contributors

Hélène Kaya Lefèvre: inclusions, statistical analysis and writing  
Christine Mirabel-Sarron: inclusions and corrections  
Aurélien Docteur: inclusions and corrections  
Virginie Leclerc: inclusions and corrections  
Alexandra Laszcz: inclusions and corrections  
Philip Gorwood: inclusions and corrections  
Catherine Bungener: supervision and corrections

#### References

- Addis, D.R., Hach, S., Tippett, L.J., 2016. Do strategic processes contribute to the specificity of future simulation in depression? *Br. J. Clin. Psychol.* 55 (2), 167–186.
- Apostolidis, T., Fieulaine, N., 2004. Validation française de l'échelle de temporalité : the Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI). *Eur. Rev. Appl. Psychol.* 54, 207–217.
- Akirmak, U., 2014. How is time perspective related to perceptions of self and of interpersonal relationships? *Span. J. Psychol.* 17 (92), 1–11.
- Anagnostopoulos, F., Griva, F., 2012. Exploring time perspective in Greek young adults: validation of the Zimbardo time perspective inventory and relationships with mental health indicators. *Soc. Indic. Res.* 106 (1), 41–59.
- Anderson, R.J., Evans, G.L., 2015. Mental time travel in dysphoria: differences in the content and subjective experience of past and future episodes. *Conscious. Cognit.* 37, 237–248.
- Beck, A.T., 1976. *La Thérapie Cognitive Et Les Troubles émotionnels*. de Boeck, Bruxelles.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J., 1961. An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry* 4, 561–571.
- Belzung, C., Willner, P., Philippot, P., 2015. Depression: from psychopathology to pathophysiology. *Curr. Opin. Neurobiol.* 30, 24–30.
- Bitsko, M.J., Stern, M., Dillon, R., Russell, E.C., Laver, J., 2008. Happiness and time perspective as potential mediators of quality of life and depression in adolescent cancer. *Pediatr. Blood Cancer* 50 (3), 613–619.
- Blomgren, A., Svahn, K., Åström, E., Rönnlund, M., 2016. Coping strategies in late adolescence: relationships to parental attachment and time perspective. *J. Genet. Psychol.* 177 (3), 85–96.
- Bolotova, A., Hachaturova, M., 2013. The role of time perspective in coping behavior. *Psychol. Russ. State Art* 6 (3), 120–131.
- Boniwell, I., Osin, E., Linley, P., Ivanchenko, G., 2010. A question of balance: time perspective and well-being in British and Russian sample. *J. Posit. Psychol.* 5, 24–40.
- Boniwell, I., Zimbardo, P., 2004. Balancing one's time perspective in pursuit of optimal functioning. In: Linley, P.A., Joseph, S. (Eds.), *Positive Psychology in Practice*. Wiley, Hoboken, NJ, pp. 165–178.
- Bluck, S., Alea, N., Habermas, T., Rubin, D., 2005. A tale of three functions: the self-reported uses of autobiographical memory. *Soc. Cognit.* 23 (1), 91–117.
- Bruchon-Schweitzer, M., Paulhan, I., 1993. *Manuel: Inventaire d'anxiété Etat-Trait Forme Y (STAI-Y)*. les Editions du Centre de Psychologie Appliquée, Paris.
- Carelli, M., Wiberg, B., 2012. Time out of mind: temporal perspective in adults with ADHD. *J. Atten. Disord.* 16 (6), 460–466.
- Chan, S., Kwok, W., Fung, T., 2016. Psychometric properties of the Zimbardo time perspective inventory in Hong Kong adolescents. *Time Soc.* 0 (0), 1–17.
- Dalgleish, T., Williams, J.M.G., Golden, A.M.J., Perkins, N., Barrett, L.F., Barnard, P.J., Watkins, E., 2007. Reduced specificity of autobiographical memory and depression: the role of executive control. *J. Exp. Psychol. Gen.* 136 (1), 23–42.
- Delay, J., Pichot, P., Lemprière, T., Mirouze, R., 1963. La nosologie des états dépressifs: rapport entre l'étiologie et la sémiologie. Résultats du questionnaire de Beck. *L'encéphale* 6, 497–505.
- Dickson, J.M., Bates, G.W., 2006. Autobiographical memories and views of the future: In relation to dysphoria. *Int. J. Psychol.* 41 (2), 107–116.
- Epel, E., Bandura, A., Zimbardo, P., 1999. Escaping homelessness: The influences of self-efficacy and time perspective on coping with homelessness. *J. Appl. Soc. Psychol.* 29, 575–596.
- Feldman, G.C., Joormann, J., Johnson, S.L., 2008. Responses to positive affect: a self-report measure of rumination and dampening. *Cognit. Therapy Res.* 32 (4), 507–525.
- Fieulaine, N., Apostolidis, T., Olivetto, F., 2012. Précarité et troubles psychologiques : l'effet médiateur de la perspective temporelle, Summary, Zusammenfassung, Riassunto, Resumen, Resumo. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale* 72 (4), 51–64.
- Gotlib, I.H., Joormann, J., 2010. Cognition and depression: current status and future directions. *Ann. Rev. Clin. Psychol.* 6, 285–312.
- Grazia Carrelli, M., Wiberg, B., Åström, E., 2014. Broadening the TP Profile: Future Negative Time Perspective. In: Stolarski, M., Fieulaine, N., Van Beek, W. (Eds.), *Time Perspective Theory: Review, Research and Application*. Springer, Cham.
- Iwanicka, K., Gerhant, A., Olajossy, M., 2017. Psychopathological symptoms, defense mechanisms and time perspectives among subjects with alcohol dependence (AD) presenting different patterns of coping with stress. *PeerJ.* 5, e3576.
- Joormann, J., Siemer, M., 2004. Memory accessibility, mood regulation, and dysphoria: difficulties in repairing sad mood with happy memories? *J. Abnorm. Psychol.* 113 (2), 179–188.
- Joormann, J., Siemer, M., Gotlib, I.H., 2007. Mood regulation in depression: differential effects of distraction and recall of happy memories on sad mood. *J. Abnorm. Psychol.* 116 (3), 484–490.
- Lavender, A., Watkins, E., 2004. Rumination and future thinking in depression. *Br. J. Clin. Psychol.* 43 (2), 129–142.
- Livneh, H., Martz, E., 2007. Reactions to diabetes and their relationship to time orientation. *Int. J. Rehabil. Res.* 30 (2), 127–136.
- Luszczynska, A., Gibbons, F., Piko, B., Tekozel, M., 2004. Self-regulatory cognitions, social comparison, and perceived peers' behaviors as predictors of nutrition and physical activity: a comparison among adolescents in Hungary, Poland, Turkey, and USA. *Psychol. Health* 19 (5), 577–593.
- Lyubomirsky, S., Caldwell, N.D., Nolen-Hoeksema, S., 1998. Effects of ruminative and distracting responses to depressed mood on retrieval of autobiographical memories. *J. Personal. Soc. Psychol.* 75 (1), 166–177.
- Lyubomirsky, S., Tucker, K.L., Caldwell, N.D., Berg, K., 1999. Why ruminators are poor problem solvers: clues from the phenomenology of dysphoric rumination. *J. Personal. Soc. Psychol.* 77 (5), 1041–1060.
- Mackinger, H.F., Pachinger, M.M., Leibeseder, M.M., Fartacek, R.R., 2000. Autobiographical memories in women remitted from major depression. *J. Abnorm. Psychol.* 109 (2), 331–334.
- MacLeod, A.K., Cropley, M., 1995. Depressive future-thinking - the role of valence and specificity. *Cognit. Therapy Res.* 19, 35–50.
- MacLeod, A.K., Salaminiou, E., 2001. Reduced positive future-thinking in depression: cognitive and affective factors. *Cognit. Emot.* 15 (1), 99–107.
- Mathews, A., MacLeod, C., 2005. Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Ann. Rev. Clin. Psychol.* 1, 167–195.
- McFarland, C., Buehler, R., 1998. The impact of negative affect on autobiographical memory: the role of self-focused attention to moods. *J. Personal. Soc. Psychol.* 75 (6), 1424–1440.
- McKay, M., Andretta, J., Cole, J., 2017a. How individuals feel about the past, present, and future bears little relation to alcohol-related problems, anxiety and depression: a

- person-centered analysis in a university sample. *Subst. Use Misuse* 52 (6), 734–741.
- McKay, M., Cole, J., Percy, A., 2017b. Temporal focus clusters differ meaningfully in terms of anxiety and depressive symptomatology. *Psychiatry Res.* 256, 283–285.
- McKay, M., Andretta, J., Magee, J., Worrell, F., 2014. What do temporal profiles tell us about adolescent alcohol use? Results from a large sample in the United Kingdom. *J. Adolesc.* 37, 1319–1328.
- Mirabel-Sarron, C., Blanchet, A., 2000. La dépression et la représentation du futur. *Annales médico-psychologiques* 158 (5), 424–429.
- Mirabel-Sarron, C., Docteur, A., 2013. Apprendre à Soigner La Dépression Avec Les Thérapies Comportementales Et Cognitives. Dunod, Paris.
- Miranda, R., Mennin, D.S., 2007. Depression, generalized anxiety disorder, and certainty in pessimistic predictions about the future. *Cognit. Therapy Res.* 31 (1), 71–82.
- Monestès, J.L., Baeyens, C., 2016. L'approche Transdiagnostique En Psychopathologie. Dunod, Paris.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B.E., Lyubomirsky, S., 2008. Rethinking rumination. *Perspect. Psychol. Sci. A J. Assoc. Psychol. Sci.* 3 (5), 400–424.
- Oyanadel, C., Buela-Casal, G., 2014. Time perception and psychopathology: influence of time perspective on quality of life of severe mental illness. *Actas Espanolas De Psiquiatria* 42 (3), 99–107.
- Thimm, J.C., Holte, A., Brennen, T., Wang, C.E.A., 2013. Hope and expectancies for future events in depression. *Front. Psychol.* 4, 470.
- Tseferidi, S., Griva, F., Anagnostopoulos, F., 2017. Time to get happy: associations of time perspective with indicators of well-being. *Psychol. Health Med.* 22 (5), 618–624.
- Philippot, P., Bouvard, M., Baeyens, C., Dethier, V., 2015. Vers un protocole de traitement processuel et modulaire des troubles anxio-dépressifs. *J. Thérapie Comportementale et Cognitive* 25 (3), 106–116.
- Pluck, G., Lee, K.H., Lauder, H.E., Fox, J.M., Spence, S.A., Parks, R.W., 2008. Time perspective, depression, and substance misuse among the homeless. *J. Psychol.* 142 (2), 159–168.
- Pyszczynski, T., Hamilton, J.C., Herring, F.H., Greenberg, J., 1989. Depression, self-focused attention, and the negative memory bias. *J. Personal. Soc. Psychol.* 57 (2), 351–357.
- Rimes, K.A., Watkins, E., 2005. The effects of self-focused rumination on global negative self-judgements in depression. *Behav. Res. Therapy* 43 (12), 1673–1681.
- Spielberger, C.D., 1970. *Manual For the State-Trait Anxiety For Adults*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, Calif.
- Sword, R., Sword, R., Brunskill, S., Zimbardo, P., 2014. Time perspective therapy: a new time-based metaphor therapy for PTSD. *J. Loss Trauma* 19 (3), 197–201.
- Young, K.D., Bellgowan, P.S.F., Bodurka, J., Drevets, W.C., 2013. Behavioral and neurophysiological correlates of autobiographical memory deficits in patients with depression and individuals at high risk for depression. *JAMA Psychiatry* 70 (7), 698–708.
- Van Beek, W., Berghuis, H., Kerkhof, A., Beekman, A., 2010. Time perspective, personality and psychopathology: Zimbardo's time perspective inventory in psychiatry. *Time Soc.* 20 (3), 364–374.
- Van Vreeswijk, M.F., De Wilde, E.J., 2004. Autobiographical memory specificity, psychopathology, depressed mood and the use of the autobiographical memory test: a meta-analysis. *Behav. Res. Therapy* 42 (6), 731–743.
- Wakefield, E., Homewood, J., Taylor, A., Mahmut, M., Meiser, B., 2010. Time perspective in hereditary cancer: Psychometric properties of a short form of the Zimbardo Time Perspective Inventory in a community and clinical sample. *Genet. Test. Mol. Biomark.* 14 (5), 617–627.
- World Health Organisation, 2017. Communiqué de presse. Available at:** <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/world-health-day/fr/>.
- World Medical Association, 2013. World medical association declaration of Helsinki. *J. Am. Med. Assoc.* 310 (20), 2191–2194.
- Williams, J.M.G., Barnhofer, T., Crane, C., Hermans, D., Raes, F., Watkins, E., Dalgleish, T., 2007. Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychol. Bull.* 133 (1), 122–148.
- Zambianchi, M., Ricci Bitti, P., 2013. The role of proactive coping strategies, time perspective, perceived efficacy on affect regulation, divergent thinking and family communication in promoting social well-being in emerging adulthood. *Soc. Indic. Res.* 116 (2), 493–507.
- Zebardast, A., Besharat, M., Hghighatgoo, M., 2011. Relationship between self-efficacy and time perspective in students. *Soc. Behav. Sci.* 30, 935–938.
- Zimbardo, P., Boyd, J.N., 1999. Putting time in perspective. *J. Personal. Soc. Psychol.* 77 (6), 1271–1288.
- Zimbardo, P., Sword, R., Sword, R., 2012. *The Time Cure: Overcoming PTSD With the New Psychology of Time Perspective Therapy*. Jossey-Bass, Sans Francisco.

### **Oral communication - 4th International Conference on Time Perspective (2018)**

**Title:** Specificity of time perspective in depression and its relationship with coping and maladaptive schema

**Authors:**

Kaya Lefèvre, H.<sup>1</sup>, Mirabel-Sarron, C.<sup>2</sup>, Docteur, A.<sup>2</sup>, Gorwood, P.<sup>2</sup>, Laszcz, A.<sup>2</sup>, Leclerc, V.<sup>2</sup>, Bajoux, G.<sup>3</sup>, Sherif, A.<sup>3</sup> & Bungener, C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé (EA 4057), Université Paris Descartes, Sorbonne Paris-Cité. Paris, France.

<sup>2</sup>Centre des Maladies Mentales et de l'Encéphale (C.M.M.E), Centre Hospitalier Sainte-Anne. Paris, France.

<sup>3</sup>Centre de la Dépression. Paris, France.

**Abstract:**

**Background:** clinical experience and literature data highlight that depressed individuals tend to overgeneralize negative past experiences and have a pessimist representation of future events (Addis et al., 2016; Timm et al., 2013; Beck, 1976). However, time perspective (TP) has been seldom studied among depressed patients, despite previous studies suggesting that it could be involve in depression mechanisms (Tseferidi et al., 2016; Oyadanel & Buela-Casal, 2014; van Beek et al., 2010; Zimbardo & Boyd, 1999). This study investigates the differences of TP between depressed and non-depressed participants, and the relationship between TP and psychological variables involved in depression: anxiety, coping, and maladaptive schema (i.e. negative beliefs and representations about oneself and about others).

**Methods:** 50 patients diagnosed with major depressive disorder and 50 non-depressed participants were included. Participants were asked to answer time perspective (ZTPI), depression (BDI-13), anxiety (STAI-Y), coping (CISS) and Young's maladaptive schema (YSQ) self-reported inventories. Statistical analysis included comparisons of scores (Student's test), correlation and regression analysis.

**Results:** results indicate that TP is significantly altered among depressed patients. They display a more negative view of their past, a less hedonistic perspective towards their present, and a more fatalistic perspective when compared to non-depressed participants. *Negative past* and *fatalistic present* are positively related to depression and anxiety symptoms, dysfunctional coping, and negative beliefs and representations (eg. shame, guilt, feeling of loneliness, vulnerability and failure, mistrust towards others, etc.).

**Discussion:** results underline the importance of considering TP among depressed patients and highlight the potential role of TP in adaptive behaviors and negative representations about oneself and others, known to be involved in depressive mechanisms. These results suggest that a specific temporal profile could be considered as vulnerability for depressive disorders, and could be involved in depressive mechanisms. Therapeutic perspectives will be discussed.

**Keywords:** *time perspective, depression, anxiety, coping, maladaptive schema*






33rd annual conference of the European Health Psychology Society, Dubrovnik, Croatia (3rd-7th September 2019)



## Time perspective and mental health: how individual profiles are related to anxiety, depression and coping ?

Kaya Lefèvre Héline<sup>1</sup>, Mirabel-Sarron Christine<sup>2</sup>, Docteur Aurélie<sup>2</sup>, Gorwood Philip<sup>2</sup>, Bungener Catherine<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Université de Paris, LPPS, F-92100 Boulogne Billancourt France  
<sup>2</sup> Centre des Maladies Mentales et de l'Encéphale (C.M.M.E), Centre Hospitalier Sainte-Anne, Paris, France.

### Background: Time perspective



Positive & negative past

Fatalistic & hedonistic present

Individual's attitude towards personal past, present and future (Zimbardo & Boyd, 1999)

Impact the actuals thoughts and behaviors, and the perception and interpretation of situations

Associated with self-efficacy, self-esteem, well-being, personality and emotions, but seldom studied in mental health

Different types of temporal profiles?

Impact on psychopathology and adaptation?

### Method



319



13%



87%



29 yo

Recruited online among the general population

- Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI)
- Beck Depression Inventory (BDI 13)
- State-Trait Anxiety Inventory (STAI)
- Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)

Two-step cluster analysis based on time perspective and compared on anxiety, depression and coping

### Cluster analysis



**31%**

**Negative profile**

- Focus on negative past and fatalistic present
- Low hedonism
- Low future
- High depression
- High anxiety
- Coping focused on negative emotions (denial, blame...)



**30%**

**Present-focus profile**

- Focus on hedonism
- Low future
- Medium depression
- Medium anxiety
- Coping focused on avoidance and distraction



**38%**

**Balanced profile**

- Focus on positive past and future
- Medium hedonism
- Low negative past
- Low fatalistic present
- Low depression
- Low anxiety
- Task-focused coping

### Conclusion

- Could a specific temporal profile be considered as a vulnerability for depression and anxiety?
- Could time perspective be used as a tool for prevention and therapeutic orientation?
- Can therapeutic tools focused on time perspective help reduce depressive and anxiety symptoms and improve adaptation?

- Longitudinal studies to help understand the causal relationship between time perspective, depression, anxiety and coping.
- Necessity to investigate time perspective among clinical population (such as depressed patients).

**REFERENCES**

Akirmak, U. (2014). How is time perspective related to perceptions of self and of interpersonal relationships? *Span J Psychol*, 17(E)92.

Bolotova, A. & Hachaturova, M. (2013). The role of time perspective in coping behavior. *Psychology in Russia: State of the Art*, 4(3), 120-131.

McKay, M., Cole, J., and Percy, A. (2017). Temporal focus clusters differ meaningfully in terms of anxiety and depressive symptomatology. *Psychiatry Research*, 254, 283-295.

Oyandiel, C. and Buela-Casal, G. (2014). Time perception and psychopathology: Influence of time perspective on quality of life of severe mental illness. *Actas Espanolas De Psiquiatria*, 42(3), 99-107.

Stolarski, M., Feuilleire, N. & Van Beek, W. (2015). *Time Perspective: Theory, Review, Research and Application*. Springer Cham Heidelberg, New-York Dordrecht London.

Tseferidi, S., Driva, F. and Anagnostopoulos, F. (2017). Time to get happy: associations of time perspective with indicators of well-being. *Psychological Health Medicine*, 22(5), 418-424.

Van Beek, W., Berghuis, H., Kerhof, A. & Beekman, A. (2011). Time perspective, personality and psychopathology: Zimbardo's time perspective inventory in psychiatry. *Time Soc*, 20, 363-74.

Zebardast, A., Basharat, M. & Hghighatgo, M. (2011). Relationship between self-efficacy and time perspective in students. *Social and Behavioral Science*, 30, 935-938.

Zimbardo, P. & Boyd, J. (1999). Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1271-1286.

Contact : heline.kaya@parisdescartes.fr

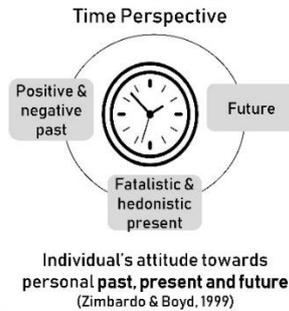
## Time Perspective among depressed patients and its evolution before and after CBT for depression

Kaya Lefèvre, H.<sup>1</sup>, Mirabel-Sarron, C.<sup>2</sup>, Docteur, A.<sup>2</sup>, Gorwood, P.<sup>2</sup> & Bungener, C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Université de Paris, LPPS, F-92100 Boulogne Billancourt France

<sup>2</sup> Centre des Maladies Mentales et de l'Encéphale (C.M.M.E), Centre Hospitalier Sainte-Anne, Paris, France.

### BACKGROUND



Impact the actuals thoughts and behaviors, and the perception and interpretation of situations.

Associated with self-efficacy, self-esteem, well-being, personality and emotions, but seldom studied in mental health

Temporal profile of depressed patients?

STUDY 1

Role of CBT in improving temporal profile?

STUDY 2

### METHOD



Group CBT therapy for depression 4 months

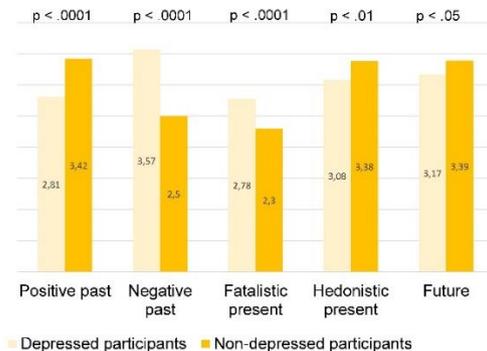
2<sup>nd</sup> evaluation



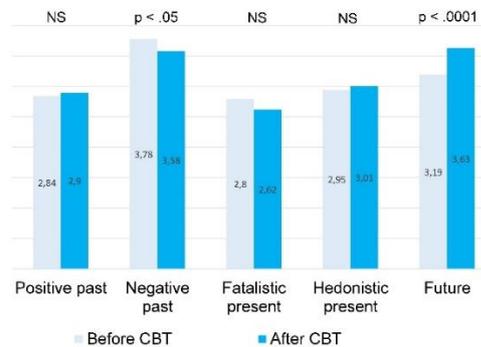
Beck Depression Inventory (BDI 13)  
State-Trait Anxiety Inventory (STAI)  
Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI)

### RESULTS

Comparison of scores of time perspective between depressed patients (n=80) and non-depressed participants (n=83)



Evolution of time perspective of depressed patients before and after CBT therapy (n=30)



### DISCUSSION

TP is significantly altered among depressed patients, suggesting that a specific temporal profile could be consider as a vulnerability for depressive disorders. Negative past and future orientation are improved after CBT, and results highlight that working on temporal negatives bias in therapy for depression could be relevant.



- How TP can be used in therapy for depressive disorders ?
- Can therapeutic tools focused on TP help reduce depressive symptoms ?



- Longitudinal studies could help understand the causal relationship between time perspective and depression
- Futhers studies should also investigate how others therapies, such as mindfulness, could improve time perspective

### REFERENCES

Stolarski, M., Fieulade, N. & Van Beek, W. (2015). *Time Perspective: Theory, Review, Research and Application*. Springer: Cham Heidelberg, New-York, Dordrecht London.  
Zimbardo, P. & Boyd, J. (1999). Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1271-1289.  
Tsaietidi, S., Griva, F. and Anagnostopoulos, F. (2017). Time to get happy: associations of time perspective with indicators of well-being. *Psychological Health Medicine*, 22(5), 418-426.  
Gyamadel, C. and Buela-Casal, G. (2014). Time perception and psychopathology: influence of time perspective on quality of life of severe mental illness. *Actas Espanolas De Psiquiatria*, 42(3): 99-107.

Contact : heline.kaya@parisdescartes.fr






32nd annual conference of the European Health Psychology Society, Galway, Ireland (21-15 august 2018)



## Identifying risk for depression, anxiety symptoms and maladaptive coping according to time perspective

Kaya Lefèvre, H.<sup>1</sup>, Mirabel-Sarron, C.<sup>2</sup>, Docteur, A.<sup>2</sup>, Gorwood, P.<sup>2</sup> & Bungener, C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé (EA 4057), Institut de Psychologie, Université Paris Descartes, Sorbonne Paris-Cité, Paris, France.  
<sup>2</sup>Centre des Maladies Mentales et de l'Encéphale (C.M.M.E), Centre Hospitalier Sainte-Anne, Paris, France.

### BACKGROUND

  
 Time perspective (TP)

Positive past  
 Negative past  
 Fatalistic present  
 Hedonistic present  
 Future

- Individual's attitude towards personal past, present and future (Zimbardo & Boyd, 1999)
- Impact our actuals thoughts and behaviors
- Impact perception and interpretation of situations
- Has been seldom studied in mental health

Depression is associated with focus on negative experiences and being pessimist about the futur (Timm et al., 2013 ; Monestès & Baeyens, 2016), and coping strategy are influenced by the way we interprete situations

What are the relationships between time perspective and depressive, anxiety symptoms and coping strategies ?

### METHOD



Recruited online  
88% females  
Mean age : 27.9



- Self-reported version of MINI for Major Depressive Disorder (MDD)
- Beck Depression Inventory (BDI13)
- State-Trait Anxiety Inventory (STAI)
- Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)
- Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTP)

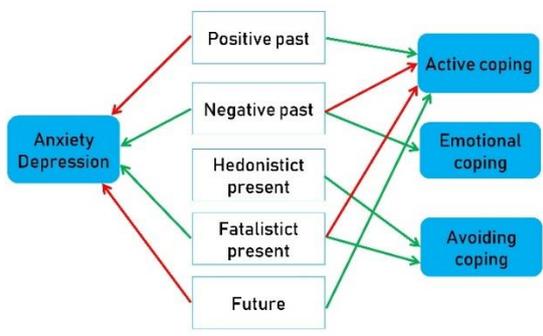
### RESULTS

Comparison of scores of time perspective between clinically depressed (MINI criteria & BDI > 7) (N=39) and non-depressed (BDI <4) participants (N=39)

Time Perspective	Depressed participants	Non-depressed participants	Significance
Positive past	2.92	3.2	p < .01
Negative past	3.42	2.53	p < .0001
Fatalistic present	2.72	2.38	p < .0001
Hedonistic present	2.87	3.1	NS
Future	3.22	3.17	NS

■ Depressed participants ■ Non-depressed participants

Predictive effect of time perspective on depressive and anxiety symptoms and coping strategies (all participants, N=211)



### DISCUSSION

Results underline the importance of considering TP in depression, anxiety and maladaptive coping, and encourage us to investigate the role of TP in emotional disorders and in others psychological mecanisms involved in thoses disorders



- How TP can be used in therapy for depressive disorders?
- Can therapy focused on TP help reduce depressive and anxiety symptoms and improve coping strategy?



- Longitudinal studies could help understand the causal relationship of time perspective, depression, anxiety and coping strategy

**REFERENCES**  
 Monestès, J. & Baeyens, C. (2016). *L'approche transdiagnostique en psychopathologie*. Paris: Dunod.  
 Stolarski, M., Fleuaine, N. & Van Gieck, W. (2015). *Time Perspective Theory: Review, Research and Application*. Springer Cham Heidelberg, New-York Dordrecht London.  
 Timm, J., Holte, A., Brennen, T. & Wang, C. (2013). Hope and expectancies for future events in depression. *Frontiers in Psychology*, 4, 470.  
 Zimbardo, P. & Boyd, J. (1999). Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1271-1288.

Contact : heline.kaya@parisdescartes.fr

## Impact of time perspective on coping and self-efficacy among first year undergraduate french students

Kaya Lefèvre, H., Vansimaey, C., Bungener, C., Wolf, J. & Dorard, G.

Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé (EA 4057), Institut de Psychologie, Université Paris Descartes, Sorbonne Paris-Cité, Paris, France.

### BACKGROUND

- During the **first year in college**, a significant part of students are facing academic distress as well as multiple challenges in terms of autonomy, planification, and self-development (Mazé & Verhiac, 2013).
- Literature data suggests **coping strategies** and **self-efficacy** have a significant influence on academic success and distress among students (Spitz et al., 2007 ; Chemers et al., 2007). According to literature, **time perspective (TP)** (individual's attitude toward personal past, present and future) plays a role in those variables (Zimbardo & Boyd, 1999 ; Bolotova & Hachaturova, 2013 ; Zebardast et al., 2011).
- However, the relationship between, coping and self-efficacy has rarely been studied among students, and has never been investigated during the first year in college, which appears particularly relevant given its high rate of academic failure.

Does time perspective predict coping and self-efficacy among first year undergraduate students ?

### METHOD



362  
First year undergraduate students  
Recruited online  
77% females  
Mean age : 19 (ety = 1,3)



#### Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI)

- 5 dimensions
- Positive past
  - Negative past
  - Fatalistic present
  - Hedonistic present
  - Future

#### Brief COPE

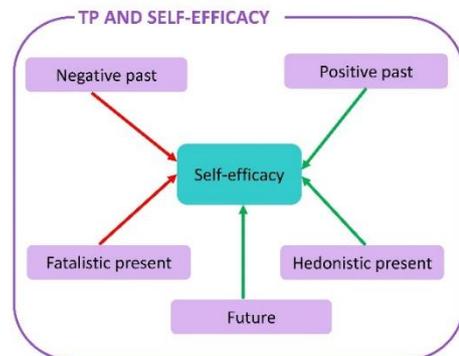
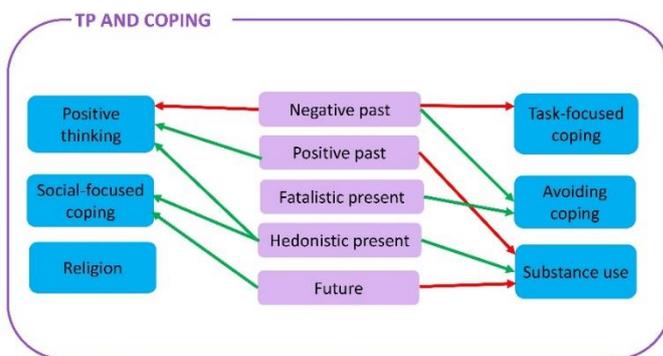
- 14 strategies regrouped in 6 dimensions (after using Principal Component Analysis)
- Task-focused coping
  - Social support-focused coping
  - Positive thinking
  - Avoiding coping
  - Substance use
  - Religion

#### STATISTICAL ANALYSIS

Transversal study including regression analysis (with TP as predictor)

General Self Efficacy Scale (GSE)

### RESULTS



### CONCLUSION

Results highlight the importance of TP when considering adaptive behavior and self-efficacy among students, especially during their first year in college that is very demanding in terms of adaptation.



TP evaluation as a potential tool to identify profiles of students at risk of non-adjustment in an academic context ?



Longitudinal studies could help understand the causal relationship between TP, self-efficacy and coping, and their impact on academic success and distress

Mazé, C. & Verhiac, J-F. (2012). Stress et stratégies de coping d'étudiants en première année universitaire : rôles distinctifs de facteurs transactionnels et dispositionnels. *Psychologie Française*, 58, 89-105  
Spitz, E., Constantini, M-L, Baumann, M. (2007). Détresse psychologique et stratégies de coping des étudiants en première année universitaire. *Stress et Trauma*, 7(3), 217-225.  
Chemers, M., Hu, L. & Garcia, B. (2001). Academic self-efficacy and first-year college student performance and adjustment. *Journal of Educational Psychology*, 93(1), 55-64.  
Zimbardo, P. & Boyd, J. (1999). Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1271-1288.  
Bolotova, A. & Hachaturova, M. (2013). The role of time perspective in coping behavior. *Psychology in Russia: State of the Art*, 6(3), 120-131.  
Zebardast, A., Besharat, M. & Hghighatgoo, M. (2011). Relationship between self-efficacy and time perspective in students. *Social and Behavioral Science*, 30, 935-938.

Contact : heline.kaya@parisdescartes.fr






Contact : heline.kaya@parisdescartes.fr

## Spécificités de la perspective temporelle chez les patients déprimés, et son lien avec les symptômes anxio-dépressifs

Kaya Lefèvre, H.<sup>1</sup>, Mirabel-Sarron, C.<sup>2</sup>, Docteur, A.<sup>2</sup>, Gorwood, P.<sup>2</sup>, Laszcz, A.<sup>2</sup>, Leclerc, V.<sup>2</sup> & Bungener, C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé (EA 4057), Institut de Psychologie, Université Paris Descartes, Sorbonne Paris-Cité, Paris, France.  
<sup>2</sup>Centre des Maladies Mentales et de l'Encéphale (C.M.M.E), Centre Hospitalier Sainte-Anne, Paris, France.

CONTEXTE ET OBJECTIF



Perspective temporelle

5 dimensions

Passé positif  
Passé négatif  
Présent hédoniste  
Présent fataliste  
Futur

Rapport subjectif au passé, présent et futur (Zimbardo & Boyd, 1999)

Joue un rôle dans différents aspects du fonctionnement psychologique (estime de soi, coping, sentiment d'efficacité, personnalité) (Akirmak, 2014 ; Blomgren et al., 2016 ; Zebardast et al., 2011 ; van Beek et al., 2011 ; Stolarski et al., 2015)

Impacte nos pensées et comportements actuels (Zimbardo & Boyd, 1999)

Nous savons que la dépression peut s'associer au pessimisme, à des difficultés à se projeter dans le futur, des ruminations sur le passé et le futur et une idéalisation du passé (Timm et al., 2013 ; Monestès & Baeyens, 2016)

Est-ce que la perspective temporelle est altérée auprès de patients déprimés, et est-elle en lien avec les symptômes anxio-dépressifs ?

METHODE

**Patients déprimés (N=45)**

Age = 45,04, 69% de femmes

Diagnostiqués d'un Episode Dépressif Caractérisé (DSM 5) par un psychiatre sans comorbidité majeure

**Participants contrôles (N=43)**

Age = 41,76, 72% de femmes

Ne répondant pas aux critères d'un EDC et sans autre diagnostic psychiatrique majeur

**Auto-questionnaires**

- ZTPI (Zimbardo Time Perspective Inventory)
- BDI-13 (Beck Depression Inventory)
- STAI-Y (State-Trait Anxiety Inventory)

RESULTATS

Comparaisons des scores de perspective temporelle entre patients déprimés et participants contrôles

Dimension	Patients déprimés	Participants contrôles	Signif.
Passé positif	2.92	3.2	NS
Passé négatif	3.42	2.53	p < .0001
Présent fataliste	2.72	2.38	p < .05
Présent hédoniste	2.87	3.31	p < .0001
Futur	3.22	3.17	NS

■ Patients déprimés ■ Participants contrôles

Analyses de régression : effet prédicteur de la perspective temporelle sur les symptômes anxieux et dépressifs

Dimension	Anxiété (R², β)	Dépression (R², β)
Passé négatif	0.11, 0.036	0.13, 0.035
Présent fataliste	0.17, 0.039	0.16, 0.040

- Les patients déprimés ont un profil temporel altéré
- Le passé négatif et le présent fataliste prédisent positivement les symptômes anxio-dépressifs

DISCUSSION

**Perspectives cliniques**

Quel intérêt de la perspective temporelle dans la prise en charge thérapeutique ?

- Quelle efficacité des thérapies actuelles pour améliorer le profil temporel des patients déprimés ?
- Quel intérêt d'une thérapie centrée sur les biais de perspective temporelle ?

**Perspectives de recherche**

Comment comprendre le lien entre perspective temporelle et dépression ?

- Etudes longitudinales : la perspective temporelle comme facteur de vulnérabilité aux troubles dépressifs ?
- S'intéresser aux variables médiatrices : quel impact du profil temporel sur les stratégies de coping, le sentiment d'efficacité, l'estime de soi, les schémas, dans la dépression ?

**REFERENCES**

Akirmak, U. (2014). How is time perspective related to perceptions of self and of interpersonal relationships? *Span J Psychol*, 17, E92.

Blomgren, A., Svahn, K., Åström, E. & Rönnlund, M. (2016). Coping strategies in late adolescence: relationships to parental attachment and time perspective. *The Journal of Genetic Psychology*, 177(3), 85-96.

Monestès, J., & Baeyens, C. (2016). *L'approche transdiagnostique en psychopathologie*. Paris: Dunod.

Stolarski, M., Fleudaine, N. & Van Beek, W. (2015). *Time Perspective Theory: Review, Research and Application*. Springer Cham Heidelberg New-York Dordrecht London.

Thimm, J., Holte, A., Brennen, T. & Wang, C. (2013). Hope and expectancies for future events in depression. *Frontiers in Psychology*, 4, 470.

Van Beek, W., Berghuis, H., Kerhof, A. & Beekman, A. (2011). Time perspective, personality and psychopathology: Zimbardo's time perspective inventory in psychiatry. *Time Soc*, 20, 363-74.

Zebardast, A., Besharat, M. & Hghighaloo, M. (2010). Relationship between self-efficacy and time perspective in students. *Social and Behavioral Science*, 30, 935-938.

Zimbardo, P. & Boyd, J. (1999). Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1271-1288.



45<sup>ème</sup> congrès annuel de TCC.  
15 et 16 décembre 2017. Paris, France. 

## Effet prédicteur de la perspective temporelle sur les symptômes anxieux et dépressifs, le coping et les schémas précoces

Kaya Lefèvre, H. <sup>1</sup>, Mirabel-Sarron, C. <sup>2</sup>, Docteur, A. <sup>2</sup>, Gorwood, P. <sup>2</sup> & Bungener, C. <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé (EA 4057) et <sup>2</sup> C.M.M.E, Centre Hospitalier Sainte-Anne, Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, Paris, France

### CONTEXTE

Perspective temporelle

Rapport subjectif au passé, présent, futur

Passé négatif
Présent fataliste

Passé positif
Présent hédoniste

Futur

→ Rôle dans nos cognitions et comportements, associée à l'estime de soi, au sentiment d'efficacité, à la personnalité ; serait à même d'impacter le fonctionnement émotionnel et adaptatif, ainsi que les croyances et représentations sur soi et sur le monde.

Quels liens la PT entretient avec les symptômes anxio-dépressifs, les stratégies adaptatives, et les schémas inadaptes ?

### MÉTHODE

211 participants 88% de femmes, âge moyen = 29,7 ans

Auto-questionnaires :

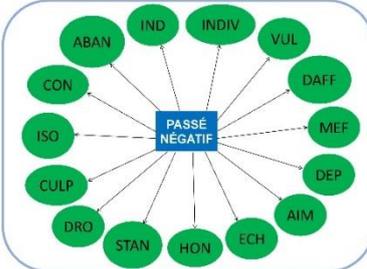
ZPTI
BDI
STAI
CISS
YSQ

Perspective temporelle    Dépression    Anxiété    Coping    Schémas précoces inadaptes

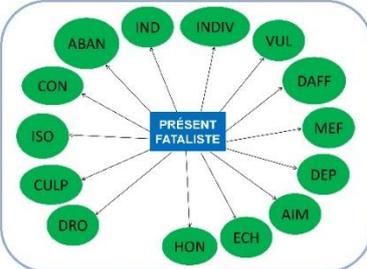
Régressions linéaires : effet prédicteur de la PT sur les symptômes anxio-dépressifs, le coping et les schémas

## RÉSULTATS

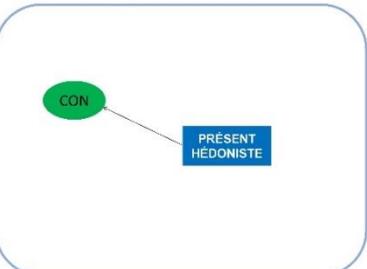
### Effet prédicteur de la perspective temporelle sur les schémas précoces inadaptes



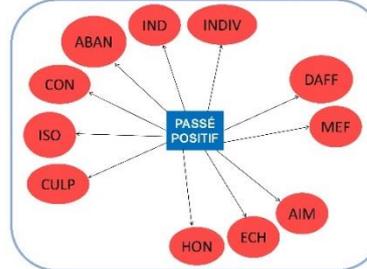
PASSÉ NÉGATIF



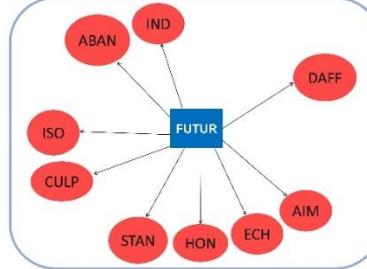
PRÉSENT FATALISTE



PRÉSENT HÉDONISTE



PASSÉ POSITIF



FUTUR

● Prédit positivement (p < .05)

● Prédit négativement (p < .05)

ABAN : abandon    INDIV : manque d'individualité    IND : indésirabilité sociale    VUL : vulnérabilité    DAFF : déprivation affective    MEF : méfiance    DEP : dépendance  
 AIM : impossibilité d'être aimé    ECH : échec    HON : honte    STAN : standards intransigeants    DRO : droits/limites insuffisants    CULP : culpabilité    ISO : isolement social  
 CON : peur de perdre le contrôle

### Effet prédicteur de la PT sur la dépression, l'anxiété et les stratégies de coping

Anxiété

Dépression

Passé Négatif

Passé Positif

Présent Fataliste

Présent Hédoniste

Futur

Coping tâche

Coping émotion

Distraction

Diversion sociale

— Prédit positivement (p < .05)

— Prédit négativement (p < .05)

## CONCLUSION

Une perspective temporelle dysfonctionnelle est ainsi associée aux symptômes anxieux et dépressifs, à un moindre coping actif et davantage de coping évitant, ainsi qu'à une représentation insécurisante des relations sociales (abandon, manque affectif, méfiance) et de soi (échec, honte). Ces résultats soulignent le rôle potentiel du profil temporel dans le fonctionnement émotionnel et adaptatif ainsi que dans les représentations de soi et du monde, et questionnent sur l'intérêt de prendre en considération le profil temporel en thérapie afin d'améliorer les symptômes anxio-dépressifs, les stratégies de coping et d'assouplir les schémas inadaptes.

Des études à venir explorent la PT auprès de patients déprimés et anxieux, et son intérêt en thérapie.

Akrmek, U. (2014). How is time perspective related to perceptions of self and of interpersonal relationships? *The Spanish Journal of Psychology*, 17(62).

Zimbardo, P., Boyd, J. (1999). Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(8), 1271-1288.

Van Beek, W., Berghuis, H., Kerkhof, A., & Beekman, A. (2011). Time perspective, personality and psychopathology: Zimbardo's time perspective inventory in psychiatry. *Time and Society*, 20, 363-74.

Stolarski, M., Fleurbaey, N., & Van Beek, W. (2015). *Time Perspective: Theory, Review, Research and Application*. Springer, Cham, Heidelberg, New-York, Dordrecht, London.

Luzczynska, A., Glibons, T., Piko, B., & Tekozzi, M. (2004). Self-regulatory cognitions, social comparison, and perceived peers' behaviors as predictors of nutrition and physical activity: A comparison among adolescents in Hungary, Poland, Turkey, and USA. *Psychology and Health*, 19(5), 577-599.

Epel, E., Bandura, A., & Zimbardo, P. (1999). Escaping homelessness: The influences of self-efficacy and time perspective on coping with homelessness. *Journal of Applied Social Psychology*, 29, 575-596.

CONTACT : helene.kaya@parisdescartes.fr

418

31st Conference of the EHPS  
Innovative Ideas in Health Psychology  
August 29 – September 2 2017, Padova, Italy

## Time perspective, depression and anxiety in adult with major depressive disorder

**Héline Kaya Lefèvre<sup>1</sup>, Christine Mirabel-Sarron<sup>2</sup>, Aurélie Docteur<sup>2</sup>, Philip Gorwood<sup>2</sup> & Catherine Bungener<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé (EA 4057), Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, Paris, France. <sup>2</sup> C.M.M.E, Centre Hospitalier Sainte-Anne, Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, Paris, France

---

### BACKGROUND

Time perspective (TP)

5 DIMENSIONS

- Negative past
- Positive past
- Fatalistic present
- Hedonistic present
- Future

Individual's attitude toward **personal past, present and future** (Zimbardo & Boyd, 1999)

Major role in **several areas of psychological functioning** (self-esteem, self-efficacy, personality, coping with illness) (Akirmak, 2014; Griva et al., 2013; Guthrie et al., 2013; Stolarski et al., 2015)

Impacts our **actuals thoughts and behaviors** (Zimbardo & Boyd, 1999)

However, TP has been seldom studied in psychopathology and mental health

Is TP altered among depressed patients and what are its relationships to depression and anxiety symptoms?

---

### METHOD

37 depressed patients (MDD)	37 non-depressed participants
Mean age: 44.3 (±13.2)	Mean age: 44.5 (±16)
24 females (64.8%)	24 females (64.8%)
Paired by sex, age and professional status	

Self-report inventories

- > ZTPI (Zimbardo Time Perspective Inventory)
- > BDI-13 (Beck Depression Inventory)
- > STAI-Y (State-Trait Anxiety Inventory)

---

### RESULTS

Comparisons of scores between depressed and non-depressed participants

Dimension	Depressed patients	Non-depressed participants	p-value
Positive past	2.92	3.2	p = .04
Negative past	3.42	2.53	p < .001
Fatalistic present	2.72	2.38	p = .02
Hedonistic present	2.87	3.31	p = .002
Future	3.22	3.17	NS

Significant correlations between time perspective, anxiety and depression (p < .05)

Time Perspective Dimension	Anxiety	Depression
Positive past	-.32	-.32
Negative past	.67	.60
Fatalistic present	.44	.43
Hedonistic present	-.36	-.43

---

### CONCLUSION

- > Results underline the importance of considering TP in depressed patients, and encourage more studies to investigate the role of TP in emotional disorders. Longitudinal studies will explore the causal relationships between TP, depression and anxiety.
- > Thus, exploring the relationships between TP and other psychological mechanisms involved in emotional disorders, such as coping strategies, will lead to a better understanding of the role of TP in adaptive or maladaptive functioning.
- > Further investigations of TP in emotional disorder such as depression and anxiety will lead to improve the comprehension of etiology mechanisms and develop therapeutic interventions focused on temporal profile.

---

REFERENCES

1. Akirmak, U. (2014). How is time perspective related to perceptions of self and of interpersonal relationships? *Span J Psychol*, 17, E92.
2. Griva, F., Tseferidi, S. I., & Anagnostopoulos, F. (2015). Time to get healthy: Associations of time perspective with perceived health status and health behaviors. *Psychology, health & medicine*, 20(1), 25-33.
3. Guthrie, L.C., Lessi, K., Ochi O. & Ward, M.M. (2013). Time perspective and smoking, obesity, and exercise in a community sample. *American Journal of Health Behavior*, 37(2), 171-180.
4. Oyanadel, C. & Buela-Casal, G. (2014). Time perception and psychopathology: Influence of time perspective on quality of life of severe mental illness. *Actas Esp Psiquiatr*, 42(3), 99-107.
5. Zimbardo, P.G., Boyd, J.N. (1999). Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1271-1288.
6. Van Beek W, Berghuis H, Kerkhof A, & Beekman A. (2011). Time perspective, personality and psychopathology. Zimbardo's time perspective inventory in psychiatry. *Time Soc*, 20, 363-74.
7. Stolarski, M., Fieulaine, N. & Van Beek, W. (2015). *Time Perspective: Theory, Review, Research and Application*. Springer Cham Heidelberg, New-York Dordrecht London.

CONTACT : heline.kaya@parisdescartes.fr



## PORTEFOLIO DU DOCTORANT

En accord avec l'Article 15 de l'arrêté du 25 mai 2016 fixant le cadre national de la formation et les modalités conduisant à la délivrance du diplôme national de doctorat (JORF 0122 du 27 mai 2016, texte 10), cette partie de la thèse est une "*liste individualisée de toutes les activités du doctorant durant sa formation, incluant enseignement, diffusion de la culture scientifique ou transfert de technologie, et valorisant les compétences qu'il a développées pendant la préparation du doctorat*".

### Fiche du doctorant

- **Nom** : Kaya Lefèvre
- **Prénom** : Héline
- **Date et lieu de naissance** : 20/07/1991 à Paris
- **Dernier diplôme obtenu** : Master 2 Psychologie, spécialité Psychologie Clinique et Psychopathologie Intégrative
- **Etablissement du dernier diplôme obtenu** : Université Paris Descartes
- **1ère année d'inscription en doctorat** : 2016
- **Financement de la thèse** : contrat doctoral avec mission d'enseignement
- **Ecole doctorale de rattachement** : ED 261, « *Cognition, Comportement, Conduites humaines* ».
- **Laboratoire de rattachement** : Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé (EA 4057)
- **Directeur de thèse** : Professeur Catherine Bungener
- **Sujet de la thèse** : la perspective temporelle de patients déprimés : son évolution en thérapie et son lien avec les stratégies de coping et les schémas précoces inadaptés

## *Activités d'enseignements*

### **Mission d'enseignement de l'Université Paris Descartes, service de Psychopathologie : 192h d'enseignement (64h/an)**

2016-2019	TD	<b><i>Psychopathologie de l'Adulte, Licence 1 Psychologie</i></b>
	135h	<u>Activités pédagogiques</u> : présentation de l'évolution historique de la psychopathologie des troubles de l'humeur, des troubles psychotiques, des troubles de conversion et des troubles sexuels chez l'adulte, travail d'analyse d'étude de cas et de rédaction de compte-rendu à partir d'étude de cas, évaluation et correction du contrôle continu et terminal
	TD	<b><i>Travail Individuel Supervisé, Licence 1 Psychologie</i></b>
	57h	<u>Activités pédagogiques</u> : encadrement de travaux de recherches bibliographiques et de la rédaction d'un mini-mémoire, évaluation des mémoires

## *Activités de diffusion*

### **Articles dans des revues internationales à comité de lecture**

- **Kaya Lefèvre, H., Mirabel-Sarron, C., Docteur, A., Leclerc, V., Laszcz, A., Gorwood, P. & Bungener, C.** (2019). Time perspective differences between depressed patients and non-depressed participants, and their relationships with depressive and anxiety symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 246, 320-326. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.053>

### **Communications orales**

- **Kaya Lefèvre, H. & Bungener, C.** (2019, juin). *La perspective temporelle de patients déprimés : son lien avec les stratégies adaptatives et les schémas précoces, et son évolution en thérapie.* Communication orale présentée aux 9èmes journées doctorales de l'Association Francophone de Psychologie de la Santé. Marseille, France
- **Kaya Lefèvre, H. & Bungener, C.** (2019, mai). *La perspective temporelle de patients dépressifs : son lien avec le coping et les schémas précoces et son évolution en thérapie.* Communication orales présentée aux journées doctorales du Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé (LPPS, EA 4057), Paris, France.
- **Kaya Lefèvre, H., Mirabel-Sarron, C., Docteur, A., Gorwood, P., Laszcz, A., Leclerc, V., Bajoux, G., Sherif, A. et Bungener, C.** (2018, août). *Specificity of time perspective in depression and its relationship with coping and maladaptive schema.* Oral communication presented at the 4th International Conference on Time Perspective (2018), Nantes, Paris.

### Communications affichées

- **Kaya Lefèvre, H.**, Mirabel-Sarron, C., Docteur, A., Gorwood, P. et Bungener, C. (2019, septembre). *Time perspective and mental health: how individual profiles are related to anxiety, depression and coping?* Poster presented at the 33st conference of the European Health Psychology Society (EHPS 2019), Dubrovnik, Croatia.
- **Kaya Lefèvre, H.**, Mirabel-Sarron, C., Docteur, A., Gorwood, P. et Bungener, C. (2019, july). *Time perspective among depressed patients and its evolution before and after CBT for depression.* Poster presented at the 9th World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies (WCBCT 2019), Berlin, Germany.
- **Kaya Lefèvre, H.**, Mirabel-Sarron, C., Docteur, A., Gorwood, P. et Bungener, C. (2018, august). *Identifying risk for depression, anxiety symptoms and maladaptive coping according to time perspective.* Poster presented at the 32st conference of the European Health Psychology Society (EHPS 2018), Galway, Ireland.
- **Kaya Lefèvre, H.**, Vansimaey, C., Bungener, C., Wolf, J. et Dorard, G. (2018, august). *Impact of time perspective on coping and self-efficacy among first year undergraduate students.* Poster presented at the 4th International Conference on Time Perspective (2018), Nantes, Paris.
- **Kaya Lefèvre, H.**, Mirabel-Sarron, C., Docteur, A., Gorwood, P., Laszcz, A., Leclerc, V. et Bungener, C. (2018, juin). *Spécificités de la perspective temporelle chez les patients déprimés, et son lien avec les symptômes anxio-dépressifs.* Poster présenté au 2ème colloque francophone de pratiques en TCC (2018), Genève, Suisse.
- **Kaya Lefèvre, H.**, Mirabel-Sarron, C., Docteur, A., Gorwood, P. et Bungener, C. (2017, décembre). *Effet prédictif de la perspective temporelle sur les symptômes anxieux et dépressifs, le coping et les schémas précoces.* Poster présenté au 45ème congrès de l'Association Française de Thérapies Comportementales et Cognitives (AFTCC), Paris, France.
- **Kaya Lefèvre, H.**, Mirabel-Sarron, C., Docteur, A., Gorwood, P. et Bungener, C. (2017, august). *Time perspective, depression and anxiety in adult with Major Depressive Disorder.* Poster presented at the 31st conference of the European Health Psychology Society (EHPS 2017), Padova, Italy.

## ***Activités administratives et autres responsabilités collectives***

### **Liées au fonctionnement du laboratoire**

- 2016-2019      Participation aux séminaires de recherche  
                     Participation aux Assemblées Générales annuelles  
                     Participation à l'encadrement du stage d'une étudiante en L3 de psychologie

### **Liées au fonctionnement de l'Ecole Doctorale**

- 2017-2019      Représentante des doctorants au Conseil de l'Ecole Doctorale  
                     Participation au comité de suivi des doctorants de l'ED  
                     Participation à l'évaluation et aux auditions des candidats au concours d'attribution des contrats doctoraux

## ***Formations du doctorant***

### **Formations dispensées par le CFDIP (total : 7 jours)**

- |      |          |   |
|------|----------|---|
| 2016 | 1 jour   | Journée d'initiation à la pédagogie de l'enseignement universitaire                             |
|      | 2 jours  | Prévention et Secours Civique   |
| 2018 | 1 jour   | Mieux gérer son temps   |
|      | 0,5 jour | L'organisation de la recherche et l'évaluation scientifique                                     |
|      | 0,5 jour | Analyse réflexive des situations d'enseignement. Rôle, place et posture du doctorant-enseignant |
|      | 1 jour   | La recherche académique et comment y accéder  |
| 2019 | 1 jour   | Valoriser ses compétences de docteur  |

### **Modules de formation dispensés par l'ED 261 (total : 10 jours)**

- |      |          |   |
|------|----------|---|
| 2016 | 0,5 jour | Journée d'accueil D1 de l'ED  |
| 2017 | 1 jour   | Module Ethique et Recherche   |
| 2018 | 2 jours  | Module B : Statistique – analyse de données                                       |
|      | 3 jours  | Module A : Communication scientifique en anglais                                  |
| 2019 | 2 jours  | Module F : les bases d'une bonne communication et les clés pour soutenir sa thèse |
|      | 1,5 jour | Module G : vers le métier d'enseignant-chercheur                                  |

### **Formations extérieures**

- 2016-2019      Formation aux thérapies comportementales et cognitives à l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive