



National Library
of Canada

Bibliothèque nationale
du Canada

Canadian Theses Service

Service des thèses canadiennes

Ottawa, Canada
K1A 0N4

NOTICE

The quality of this microform is heavily dependent upon the quality of the original thesis submitted for microfilming. Every effort has been made to ensure the highest quality of reproduction possible.

If pages are missing, contact the university which granted the degree.

Some pages may have indistinct print especially if the original pages were typed with a poor typewriter ribbon or if the university sent us an inferior photocopy.

Reproduction in full or in part of this microform is governed by the Canadian Copyright Act, R.S.C. 1970, c. C-30, and subsequent amendments.

AVIS

La qualité de cette microforme dépend grandement de la qualité de la thèse soumise au microfilmage. Nous avons tout fait pour assurer une qualité supérieure de reproduction.

S'il manque des pages, veuillez communiquer avec l'université qui a conféré le grade.

La qualité d'impression de certaines pages peut laisser à désirer, surtout si les pages originales ont été dactylographiées à l'aide d'un ruban usé ou si l'université nous a fait parvenir une photocopie de qualité inférieure.

La reproduction, même partielle, de cette microforme est soumise à la Loi canadienne sur le droit d'auteur, SRC 1970, c. C-30, et ses amendements subséquents.

Permission has been granted to the National Library of Canada to microfilm this thesis and to lend or sell copies of the film.

The author (copyright owner) has reserved other publication rights, and neither the thesis nor extensive extracts from it may be printed or otherwise reproduced without his/her written permission.

L'autorisation a été accordée à la Bibliothèque nationale du Canada de microfilmer cette thèse et de prêter ou de vendre des exemplaires du film.

L'auteur (titulaire du droit d'auteur) se réserve les autres droits de publication; ni la thèse ni de longs extraits de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation écrite.

ISBN 0-315-53860-0

Le schème de croyances irrationnelles
dans la dépression majeure

Lyne Prud'homme

Thèse présentée à l'École des études supérieures
de l'Université d'Ottawa pour l'obtention d'un
diplôme de doctorat en philosophie

Ottawa, Canada, 1988

© Lyne Prud'homme, Ottawa, Canada, 1988.

Remerciements

Je voudrais d'abord remercier Professeur Pierre Baron Ph.D., qui m'a apporté une aide précieuse non seulement par ses conseils judicieux mais aussi parce qu'il a su être à la fois disponible, patient et intéressé par ce projet, dont il avait la direction. Dès le départ, il a su alimenter cette idée et cette thèse n'aurait pris cette forme et cette envergure, au cours de ces dernières années, sans son expertise. Il importe également de souligner l'aide apportée par le Dr. Daniel Coulombe dont les conseils lors du traitement des données ont été bien appréciés. Les commentaires du Dr Philippe Cappeliez et du Dr Richard Clément ont aussi été très utiles au niveau du projet et lors de la collecte des données.

Je voudrais remercier les professeurs du département de psychologie et du département d'éducation permanente qui ont consenti à ce que je fasse appel aux étudiants et dans certains cas même à ce que j'administre les tests aux étudiants en classe. Je remercie également ceux qui ont bien voulu y participer. Je suis également reconnaissante aux médecins et psychologues qui ont donné leur appui à la collecte de données en milieu hospitalier. Je tiens à remercier particulièrement le Dr. Lucien Faucher et M. Philippe Beaudry de l'Hôpital Montfort, qui ont été les premiers à soutenir le projet; le Dr. Jean-Yves Gosselin et le Dr. Gilles Dupont (Hôpital Général d'Ottawa) qui m'ont ouvert les portes de l'OGH; le Dr. Laurette Pierre-Louis (Centre Hospitalier Pierre Janet) et le Dr. Levinson (Hôpital Juif Sir Mortimer Davis, Mtl) pour leur sollicitude.

Je tiens à souligner qu'au niveau du personnel hospitalier, j'ai particulièrement apprécié l'aide apportée par Mlle Louise Vinette, Mlle Lyne Foley, Mme Marie-Andrée Millette, M. Philippe Domingue, Mlle Lyse Synott, et Mlle Lucie Boutin. Certaines de ces personnes ont contribué à amorcer la collecte des données, alors que d'autres à aider de façon plus régulière au recrutement de patients. Je suis aussi particulièrement sensible à la participation des patients qui, en dépit des difficultés qu'ils pouvaient éprouver, ont consenti à participer à ce projet de bon gré.

En dernier lieu et non au moindre, je voudrais offrir mes remerciements à mon mari, Jean-Pierre Legault. Sa patience et sa compréhension ont été pour moi une source constante d'inspiration et de réconfort tout au long de cette étude.

Curriculum Studiorum

Lyne Prud'homme est née à Gatineau (Québec), le 2 Juillet 1960. Elle est bachelière ès arts, spécialisée en psychologie, diplômée de l'Université d'Ottawa (1980).

Résumé

Selon la théorie émotivo-rationnelle (TER), la perturbation émotive est attribuable essentiellement à des structures cognitives stables, soit à des croyances irrationnelles. Cependant, depuis l'élaboration de la liste des croyances irrationnelles, peu de précisions diagnostiques ont été apportées quant au lien entre le type de croyances et la pathologie. Par ailleurs, d'autres théories à orientation cognitive s'adressent à la problématique dépressive, notamment la théorie cognitive et la théorie de la résignation acquise, mais de façon moins exhaustive en ce qui concerne les structures cognitives et sans spécifier de lien avec le cadre de la TER. Ce projet vise à dégager le schème de croyances irrationnelles associé à la dépression majeure (unipolaire), un schème qui permet de différencier un groupe de patients déprimés d'un groupe de patients psychiatriques non déprimés et d'un groupe de sujets normaux. Les résultats de l'analyse discriminante des croyances du "Irrational Beliefs' Test" (Jones, 1968) ont mis en évidence un schème de quatre croyances, soit la croyance que l'approbation sociale soit nécessaire, la croyance que la frustration soit intolérable, la croyance qu'il soit nécessaire de se soucier des malheurs possibles et la croyance au déterminisme du passé. Les résultats sont discutés dans le but de raffiner la TER, d'enrichir la conceptualisation de la dépression et de créer un rapprochement entre cette théorie et les autres cadres à orientation cognitive.

TABLE DES MATIERES

Chapitre	page
Remerciements.....	i
Curriculum Studiorum.....	ii
Résumé.....	iii
Table des matières.....	iv
Liste des tableaux.....	vii
Liste des appendices.....	ix
I INTRODUCTION ET RECENSION DE LA DOCUMENTATION...	1
Aperçu du problème.....	1
Contexte théorique du problème.....	2
Le schème de croyances irrationnelles et la dépression selon la TER, la théorie cognitive et la théorie de la résignation acquise.....	9
La dépression selon la TER.....	9
Parallèle entre la TER et les autres cadres conceptuels cognitifs.....	15
La théorie cognitive de la dépression et le schème de croyances.....	17
La théorie de la résignation acquise et le schème de croyances.....	23
Synthèse du schème de croyances selon la documentation théorique.....	25
Documentation empirique sur la TER et la dépression.....	28
Etudes auprès des populations étudiantes.....	30
Etudes auprès de populations cliniques.....	36
Synthèse du schème de croyances selon la documentation empirique.....	44
Formulation du problème et hypothèses.....	46
Contribution de la thèse.....	48
II METHODE.....	53
Participants.....	53
Groupe de participants.....	53
Appariement des sujets.....	56
Procédure.....	59
Evaluation de la dépression et de la symptoma- tologie dépressive.....	62
"Inventory to Diagnose Depression".....	64
"Beck Depression Inventory".....	67

	"Center for Epidemiological Studies-Depression Scale".....	68
	Evaluation du niveau d'anxiété.....	71
	Evaluation de l'irrationalité et du degré d'adhésion aux croyances irrationnelles.....	73
	"Irrational Beliefs' Test".....	74
	"Rational Behavior Inventory".....	76
III	RESULTATS.....	80
	Validité des instruments et description de l'échantillon.....	81
	Validité de construit du IBT.....	82
	Validité de construit du RBI.....	85
	Description de l'échantillon.....	86
	Description des groupes.....	90
	Distribution des sujets dans les groupes.....	94
	Identification des variables pertinentes à l'analyse multivariée.....	100
	Schéme de croyances irrationnelles associé à la dépression majeure.....	106
	Schéme de croyances irrationnelles selon le IBT.....	108
	Schéme de croyances irrationnelles selon le RBI.....	113
	Analyse complémentaire de l'irrationalité en fonction des groupes.....	118
IV	DISCUSSION.....	122
	Caractéristiques de l'échantillon.....	123
	Rendement des inventaires d'irrationalité et de rationalité.....	126
	Caractéristiques des trois groupes.....	131
	Rôle de la variable d'anxiété.....	136
	Schéme de croyances irrationnelles associé à la dépression.....	140
	Divergence par rapport aux hypothèses initiales	148
	Concept d'irrationalité selon les groupes.....	151
	Considérations additionnelles: Schéma de comportements rationnels.....	155
	Différences dues au sexe dans la dépression majeure.....	157
	Conséquences pour la théorie émotive-rationnelle.....	161
	Conséquences pour la recherche sur la cognition et la dépression.....	169

Conséquences pour la thérapie émotive-rationnelle.....	177
Conclusion.....	180
Références.....	182
Appendices.....	199

LISTE DES TABLEAUX

Tableau		page
1	Liste des croyances irrationnelles.....	6
2	Aspects cognitifs de la dépression et croyances irrationnelles selon la documentation théorique.....	26
3	Croyances irrationnelles associées à la dépression selon la documentation de recherche.	29
4	Corrélations à l'appui de la validité de construit convergente, divergente et concomitante.	83
5	Corrélations significatives entre les variables dépendantes et les variables démographiques.....	88
6	Moyennes des totaux aux variables dépendantes pour chaque groupe, rapports F et comparaisons significatives entre les moyennes.....	92
7	Fréquence des sujets selon le groupe et selon l'agglomérat, et les moyennes aux variables dépendantes pour chaque case.....	96
8	Distribution des sujets selon le groupe et selon la catégorie d'intensité de dépression..	100
9	Résultats principaux de l'analyse de corrélation canonique avec et sans les variables démographiques.....	104
10	Résultats de la fonction significative à l'analyse discriminante des données du IBT selon les groupes.....	109
11	Résultats de l'analyse de variance des scores discriminants et les comparaisons significatives (test de Newman-Keuls); les moyennes des croyances au IBT pour l'échantillon et pour chaque groupe.....	111
12	Résultats de la fonction significative à l'analyse discriminante des échelles du RBI selon les groupes.....	114
13	Résultats de l'analyse de variance des scores discriminants et les comparaisons significati-	

	ves (test de Newman-Keuls); les moyennes des échelles du RBI pour l'échantillon et pour chaque groupe.....	116
14	Facteur d'irrationalité à l'analyse de composantes principales effectuée pour chacun des groupes.....	119

LISTE DES APPENDICES

Appendice	page	
A	Fréquence de sujets selon la catégorie de revenu familial et salaire.....	200
B	Fréquence de patients selon le groupe en fonction du mois du testing et de l'hôpital.....	201
C	Diagnostique dans le groupe contrôle psychiatrique.....	202
D	Appariement des sujets: liste des triades....	203
E	Formule de consentement (anglais).....	212
	Formule de consentement (français).....	213
F	Inventory to Diagnose Depression(IDD).....	214
G	Questionnaire démographique.....	218
H	Beck Depression Inventory (BDI).....	219
I	Répartition des sujets normaux selon les scores au CES-D.....	223
J	Center for Epidemiological Research-Depression Scale (CES-D).....	224
K	State-Trait Anxiety Scale (STAI).....	226
L	Irrational Beliefs' Test (IBT).....	229
M	Rational Behavior Inventory (RBI).....	236
N	Description des échelles au RBI.....	240
O	Items compris dans chaque facteur au RBI.....	241
P	Tableau des corrélations entre les variables démographiques et les totaux aux variables dépendantes (BDI,IBT,RBI,STAI).....	242
Q	Les résultats des deux corrélations canoniques: une impliquant les données démographiques, l'autre ne les impliquant pas.....	243
R	Rapports F de la Manova des scores IBT, pour la variable groupe, sexe et l'interaction entre sexe et groupe.....	247

S	Rapports de la Manova avec le RBI.....	248
T	Résultats de l'analyse discriminante avec la variable groupe et les croyances irrationnelles au IBT.....	249
U	Résultats de l'analyse discriminante avec la variable groupe et les échelles du RBI.....	251
V	Corrélation canonique avec le RBI.....	253
W	Résultats de l'analyse de composantes principales avec les données du IBT pour chaque groupe.....	255
X	Schéma hypothétique et schéma actuel: documentation à l'appui.....	258

Chapitre I

INTRODUCTION ET RECENSION DE LA DOCUMENTATION

Aperçu du problème

La théorie émotivo-rationnelle (TER) est fondée sur une conception "cognitive" de la perturbation émotionnelle, selon laquelle la perturbation peut être retracée à des croyances irrationnelles spécifiques. Parmi les 11 croyances énoncées par Ellis (1962), certaines semblent s'apparenter à des formes particulières de perturbation émotionnelle dont la dépression. Cependant, la documentation théorique relative à la TER ne contient pas de distinctions diagnostiques; les croyances irrationnelles n'ayant pas été reliées à des syndromes spécifiques, mais plutôt à des grands types de perturbation, comme l'anxiété et la dépression.

Par ailleurs, la dépression a été étudiée selon d'autres cadres conceptuels cognitifs, dont la théorie de la résignation acquise (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978) et la théorie cognitive de Beck (1967). Ces théories semblent particulièrement pertinentes au cadre de la TER étant donné leur parenté conceptuelle. En effet, elles font état de structures cognitives spécifiques, sous-jacentes à la dépression, qui sont similaires au concept de croyance irrationnelle et qui seraient utiles pour élaborer des hypothèses. La documentation empirique sur le lien

entre la TER et la dépression suggère également que certaines croyances sont plus importantes dans la dépression; mais en vertu de leurs faiblesses méthodologiques, ces études ne permettent pas de se prononcer quant au schème de croyances associé à la dépression. Cette thèse a donc été entreprise pour déterminer précisément le schème de croyances irrationnelles associé à la dépression majeure, une entité diagnostique de dépression. Des hypothèses sont élaborées à propos du schème de croyances en prenant en considération la documentation théorique et empirique relative à la TER ainsi que les modèles cognitifs de la dépression.

Contexte théorique du problème

L'approche émotive-rationnelle à la psychothérapie, élaborée par Albert Ellis (1962, 1973; Ellis & Harper, 1975) a suscité l'intérêt de plusieurs chercheurs et praticiens du domaine de la santé mentale au cours des dernières décennies. Cette approche compte aujourd'hui parmi les principales formes de thérapies cognitives-comportementales, bien qu'elle ait précédé de beaucoup l'essor que ces thérapies ont connu depuis les années '70. De plus, Ellis (1975) en a extrapolé une théorie de la personnalité fondée également sur son expérience clinique. La clarté des formulations d'Ellis a contribué non seulement à populariser l'approche en milieu clinique mais aussi à accroître la productivité scientifique dans les domaines de la psychothérapie et de la psychopathologie.

Tout comme la théorie cognitive de Beck (1967) et les théories d'apprentissage social (Bandura, 1969; Seligman, 1975), la théorie émotivo-rationnelle (TER) s'articule autour d'une conception cognitive des troubles émotionnels. Selon la TER, la perturbation prend sa source dans l'interaction entre la personne et l'environnement, mais demeure plus particulièrement fonction de ce que la personne pense, c'est-à-dire des cognitions et des croyances irrationnelles qui font suite à l'événement. Au coeur de l'approche psychothérapeutique de la TER se situe le concept qu'Ellis identifie comme l'ABC des désordres affectifs et comportementaux (Ellis, 1957, 1962; Ellis & Harper, 1961, 1975). D'après cet ABC, les personnes perturbées seraient non seulement soumises à des événements dits déclencheurs (A, "activating events"), mais elles les interpréteraient à la lumière de croyances irrationnelles (B, "irrational beliefs") auxquelles elles adhèrent fermement, ce qui les amènerait à agir ainsi qu'à réagir de façon irrationnelle (C, conséquences). La perturbation émotionnelle, manifestée soit sous forme de rage, d'anxiété ou de dépression, serait davantage reliée aux croyances irrationnelles, dans le cadre de la séquence événement-croyances-réaction émotionnelle, plutôt qu'aux événements externes qui selon lui ne représentent pas des causes suffisantes.

La sévérité des réactions émotionnelles augmenterait en fonction du degré d'adhésion et du nombre de croyances que la personne adopte, ce qui impliquerait le présupposé d'un continuum allant du pathologique à la normalité. Chez la personne dite

"normale", il y a flexibilité, puisque celle-ci adhère moins radicalement aux croyances ou à un moins grand nombre de croyances; chez la personne névrosée, il existe un véritable "credo" en vertu duquel la personne adhère fermement aux croyances et souvent à plusieurs croyances. Donc, selon Ellis, même les personnes dites "normales" adhèrent à certaines croyances irrationnelles, bien que moins radicalement et ce, à cause de la validité apparente des croyances irrationnelles. En effet, celles-ci sont en accord avec les valeurs de la société nord-américaine, valeurs qui sont transmises par des processus de socialisation divers, entre autres, par les institutions et les médias d'information.

Il n'en demeure pas moins que les croyances irrationnelles sont à la source de la perturbation émotionnelle. Celles-ci représentent essentiellement des prémisses absolues et non empiriques (Wessler & Wessler, 1980) qui, à long terme, iront à l'encontre du mieux-être de la personne. Plus précisément, ces croyances s'opposent à la philosophie d'"hédonisme responsable" prônée par Ellis et qui définit la rationalité. D'après cette philosophie, la personne devrait viser à maximiser le plaisir immédiat pourvu que les conséquences prévisibles ne mettent pas en jeu les objectifs et la satisfaction à long terme. L'aspect absolu des croyances réside en ce qu'elles sont appliquées (et applicables) sans discernement à maintes situations, et ce, sans susciter de révision de la part de la personne perturbée en dépit des conséquences néfastes qui en découlent. Au contraire, la personne maintiendra ces croyances parce qu'elle s'adonne à une

réendoctrination personnelle constante sous forme de verbalisations privées chaque fois qu'elle agit et réagit en accord avec une croyance irrationnelle. En bref, les croyances caractéristiques des personnes aux prises avec des troubles émotionnels s'apparentent davantage à des maximes qu'à des jugements de valeur.

D'après son expérience clinique, Ellis (1962) a dressé une liste de onze croyances irrationnelles (voir Tableau 1). La liste des croyances irrationnelles présente une diversité de thèmes qui lui confère d'emblée une allure exhaustive. Non seulement les croyances s'adressent-elles à plusieurs volets de la vie psychologique, mais elles semblent refléter une conception plutôt large de la mésadaptation. Cette liste ayant été élaborée en fonction de l'expérience clinique de l'auteur auprès d'une clientèle composée principalement de personnes névrosées (selon les systèmes diagnostiques antérieurs), les croyances reflètent à la fois l'hétérogénéité diagnostique de l'échantillon initial et la préoccupation d'Ellis à formuler une théorie englobante.

Cette préoccupation a aussi motivé les révisions subséquentes de la TER, celles-ci ayant servi à accroître l'universalité du concept d'irrationalité et à élargir le champ d'application de l'intervention thérapeutique, plutôt qu'à étudier les croyances en profondeur et à valider ces construits de base. Par exemple, Ellis et Harper (1975) ont repris et regroupé les croyances irrationnelles sous trois rubriques: (1) "Je dois bien faire et obtenir l'approbation d'autrui pour mon rendement, sinon je me vois comme un échec"; (2) "les autres

Tableau 1

Liste des croyances irrationnelles

1. Il est nécessaire d'être aimé et approuvé par toutes les personnes importantes de sa communauté.
2. Il est nécessaire d'être complètement compétent et de se réaliser dans tous les domaines possibles pour se considérer valable.
3. Il y a des personnes qui sont méchantes, mauvaises ou vilaines et qui devraient être blâmées et punies sévèrement pour leur méchanceté.
4. Il est affreux et catastrophique que les choses n'aillent pas comme on le souhaite.
5. Le malheur est issu de causes externes et les gens sont peu, sinon incapable de contrôler les chagrins et les difficultés qui surviennent.
6. Il est nécessaire de se préoccuper et de réfléchir aux événements dangereux ou effrayants qui pourraient arriver.
7. Il est plus facile d'éviter que de faire face à certaines difficultés de la vie ou aux responsabilités personnelles.
8. Il est nécessaire d'être dépendant et d'avoir besoin d'une personne plus forte que soi sur qui compter.
9. Les antécédents personnels sont un déterminant important de notre comportement actuel et, parce que quelque chose a beaucoup affecté notre vie dans le passé, cela devrait continuer ainsi.
10. Il est nécessaire d'être bouleversé par les problèmes et les difficultés d'autrui.
11. Il y a invariablement une solution parfaite, correcte et particulière à chaque problème et c'est affreux lorsqu'on ne la découvre pas.

doivent me traiter avec gentillesse et considération, de la façon dont je le désire, sinon la société devrait se charger de les blâmer, de les punir et de les condamner"; (3) "mes conditions de vie devraient être telles que j'obtienne presque tout ce que je veux aisément et rapidement et que ce que je ne veux pas me soit épargné". Bien que cette triade englobe la liste initiale, il ne s'agit que de révisions théoriques basées sur des considérations cliniques et ayant pour but de simplifier la théorie afin de la rendre plus accessible et plus englobante.

Dans l'ensemble, l'évolution de la thérapie et de la théorie de personnalité émotivo-rationnelle (TER) tend vers la généralisation croissante de ses préceptes, sans un retour fidèle à l'étude des différences individuelles. Il s'agit d'une critique générale qui a été formulée à maintes reprises à propos de la TER (Beidel & Turner, 1986; Eifert, 1984; Eschenroeder, 1982; Smith, 1982; Zettle & Hayes, 1980), et qui s'applique aussi au contexte clinique. Ayant adopté une approche diagnostique qui se veut idiosyncratique, Ellis s'est peu attardé aux distinctions diagnostiques, ne catégorisant que selon de grands types de perturbations émotionnelles telles que l'anxiété, la rage et la dépression. Même au niveau des études de cas (Ellis, 1971), le diagnostic n'est pas plus précis. Pourtant le problème de la relation entre les croyances irrationnelles adoptées et la forme de psychopathologie demeure important à considérer et comporte une valeur clinique et heuristique en soi. L'étude de ce problème permettrait ainsi de mettre à l'épreuve la véracité de certains postulats de la thérapie émotivo-rationnelle de façon à en sonder

les limites et à la raffiner si nécessaire. D'autre part, la conceptualisation du trouble affectif en question peut en être enrichie.

Etant donné la pauvreté des distinctions diagnostiques au niveau de la TER, l'étude de la problématique dépressive présente l'avantage d'offrir une riche documentation théorique et de recherche permettant d'asseoir des hypothèses au sujet des aspects cognitifs sous-jacents. En effet, plusieurs des théories élaborées au cours des dernières décennies font appel à la cognition pour expliquer le phénomène dépressif; les plus connues et reconnues sont la théorie cognitive de Beck (1967) et la théorie de la résignation acquise, qui depuis a été révisée en termes d'attributions (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978). Les structures sous-jacentes à la dépression ont déjà été explorées dans le cadre de la théorie cognitive sous forme de schèmes et dans la théorie de la résignation acquise sous forme de style explicatif. Il s'agit de structures qui sont fondamentalement similaires, en tant que concepts théoriques, aux croyances irrationnelles de la TER. Des schèmes dépressogènes ont aussi été suggérés par Weissman (1979) lors du développement du "Dysfunctional Attitude Scale" (DAS), ce qui peut aussi alimenter les hypothèses. Weissman s'est inspirée des croyances irrationnelles de la TER pour élaborer des items, mais aucune étude ne s'adressait directement dans ce contexte au lien entre les croyances irrationnelles et la dépression ou à un ensemble de croyances sous-jacent à la pathologie dépressive sévère.

Afin d'examiner de plus près le problème de l'ensemble

de croyances irrationnelles sous-jacent à la dépression, il semblait nécessaire de mettre en relief d'abord les énoncés théoriques de la TER à propos de la dépression, aussi concis soient-ils, puisqu'ils peuvent tout de même servir à orienter des hypothèses. La TER s'avère en effet beaucoup moins spécifique vis-à-vis de la problématique dépressive que la théorie cognitive de Beck, quoiqu'elle ait donné lieu à certaines précisions sur les croyances associées à la dépression. Par la suite, les théories qui sont plus spécifiques à la dépression seront présentées étant donné la parenté conceptuelle. En dernier lieu, la documentation empirique propre au domaine sera abordée en vue de la formulation d'hypothèses.

Le schème de croyances irrationnelles et la dépression selon la TER, la théorie cognitive et la théorie de la résignation acquise

La dépression selon la théorie émotive-rationnelle:

En ce qui concerne la TER, Ellis (1962) a d'abord relié la dépression à des verbalisations personnelles négatives selon lesquelles l'individu se dit non seulement inadéquat, mais bien désespérément inadéquat (Ellis, 1962). La dépression est considérée comme une émotion inappropriée parce qu'elle s'accompagne d'inertie, de malheur extrême, ainsi que de la conviction que cette situation est inaltérable, aspects qui inhibent en retour la recherche de solutions et la révision des croyances génératrices de dépression (Ellis & Harper, 1975). Les

causes de la dépression sévère sont attribuables selon Ellis (1979), à ce que (1) l'individu se fait des reproches pour avoir accompli ou négligé de faire certaines actions; (2) qu'il se châtie parce qu'il est déprimé et inerte; et (3) qu'il s'apitoie sur son sort à cause des obstacles et de la dureté de la vie à son égard. Outre l'énoncé selon lequel la majorité des gens croient qu'ils doivent être malheureux ou déprimés lorsque frustrés (Ellis & Harper, 1975), Ellis se garde de relier d'autres croyances à la problématique dépressive. Donc, seule la quatrième croyance serait associée à la dépression selon Ellis.

Wessler et Wessler (1980), qui sont des auteurs et praticiens de la TER, poussent la généralisation encore davantage. Ils affirment que toute croyance alliée au désespoir et à la résignation peut susciter une forme d'humeur dépressive; l'humeur dépressive serait rattachée cependant à différentes émotions primaires selon les croyances impliquées. Par exemple, si la personne croit que la frustration est absolument intolérable et inutile, lorsqu'elle sera confrontée aux situations frustrantes de la vie quotidienne, elle les percevra comme étant injustes, interminables et elle manifestera une dépression dite "colérique". Ces auteurs spécifient toutefois que la dépression s'associe le plus souvent à trois émotions secondaires: la honte ou la culpabilité, l'apitoiement sur son sort ou le "piège du confort".

La dépression alliée à la honte ou à la culpabilité comporte peu, sinon aucune intolérance à la frustration (C4) et ces deux formes se distinguent par le locus d'évaluation, soit un

locus externe dans le cas de la honte ou un locus interne dans le cas de la culpabilité. La honte est associée à la croyance d'approbation sociale (C1) alors que la culpabilité s'avère plus complexe et se réfère au fait de se faire des reproches et de se déprécier suite à la transgression de son propre code moral, ce qui pourrait impliquer indirectement la tendance au blâme d'autrui (C3). La dépression d'apitoiement sur son sort peut s'intégrer au premier type de dépression ou se présenter dans sa forme pure. Il s'agit d'une réaction face à une perte irremplaçable pour laquelle la personne peut parfois se sentir responsable; la honte ou la culpabilité peuvent donc s'y superposer. La croyance selon laquelle le malheur est incontrôlable et de provenance externe (C5) et la croyance que la frustration est intolérable (C4) semblent associées de près à la dépression d'apitoiement sur son sort. Enfin la dépression résultant du "piège du confort" est surtout reliée à la croyance que la frustration est intolérable (C4). La personne demeure dans une situation difficile essentiellement pour éviter l'inconfort du changement, sans entrevoir d'alternative, croyant qu'il n'y a rien à faire ou que le changement serait néfaste, sinon impossible à réaliser. La résignation et le désespoir implicites dans ce troisième type de dépression sont en réalité inhérents à chacune des formes de dépression décrites par les auteurs de sorte que la croyance voulant que le malheur soit incontrôlable et provienne de l'extérieur (C5) apparaît comme centrale à cette conception.

Certains auteurs qui préconisent l'approche

émotivo-rationnelle se sont attardés plus particulièrement à l'étude de la dépression. Paul Hauck (1974) offre probablement dans ses ouvrages de bibliothérapie le modèle théorique le plus fidèle à l'approche d'Ellis (Grieger & Boyd, 1980). En effet, cet auteur met l'accent sur la distorsion de la pensée comme source de dépression, mais il le fait dans le cadre de l'ABC de la perturbation émotionnelle. Il a cependant adapté son modèle à la problématique dépressive. Selon lui, l'affect dépressif pourrait ainsi provenir de trois types de "causes" d'origine cognitive: (1) du blâme et de la condamnation de soi, (2) de l'apitoiement sur son sort ("self pity") et (3) de la pitié face aux difficultés d'autrui. Des croyances irrationnelles spécifiques correspondent à ces éléments et seront mises en relief à la suite de la présentation du modèle de Hauck (1974, 1975).

Au niveau du premier type de dépression décrit par Hauck, le blâme de soi et les sentiments de culpabilité chez le déprimé servent d'instruments de mesure pour évaluer sa personne entière. Lorsque la personne se découvre des faiblesses, soit en présence de difficultés particulières ou de stress plus aigu, elle se fait des reproches sévères et devient déprimée. Ce type de dépression s'enracine donc dans des attitudes perfectionnistes dont l'enjeu est le soi. Le second type de dépression, qui est caractérisé par l'apitoiement sur son sort, survient lorsque la personne subit des revers et les perçoit très négativement en fonction de son adhésion à la croyance irrationnelle selon laquelle on devrait absolument obtenir tout ce que l'on désire et

rien de ce dont on ne veut pas. Cette conception de la dépression rejoint ce qu'Ellis a proposé en accordant une place centrale à la quatrième croyance. Finalement, les souffrances et le malheur d'autrui peuvent être l'occasion de s'identifier aux chagrins de l'autre et de s'en préoccuper d'une façon exagérée, au point d'en être affecté et de se sentir déprimé. Hauck (1974) précise que ce type d'excès de sympathie est souvent identifié à de la bienveillance. En résumé, cet auteur ne considère pas que la vision pessimiste associée à la triade cognitive soit uniquement à la source de la dépression. Les "actes additionnels" par lesquels le déprimé se fait des reproches, s'apitoie sur son sort ou sur celui d'autrui sont davantage importants dans la dépression et ceux-ci contribuent à maintenir la perception négative et sans espoir d'un soi, d'un monde et d'un futur (Hauck, 1975).

Des formulations théoriques de Hauck (1974, 1975), il se dégage un lien entre la dépression et les croyances irrationnelles. Hauck (1974) considère que la croyance en l'absence de contrôle face au malheur qui provient de l'extérieur de soi, est à la source de toute dépression. Le fait qu'il existe un lien proposé entre cette croyance et la dépression a déjà été avancé auparavant (Bard, 1980; Wood-Wetzel, 1983) et s'avère d'ailleurs renforcé par les multiples travaux sur le locus de contrôle externe (Rotter, 1967). La dépression axée sur le blâme de soi s'identifie par des attitudes perfectionnistes (Bard, 1980) et par des tendances au blâme de soi, attitudes qui sont attribuables à la croyance profonde à l'approbation sociale

(C1) et à la croyance que la compétence absolue soit nécessaire (C2), et qui ressortent indirectement au niveau de la croyance en une solution parfaite nécessaire (C11). La composante de blâme de soi est difficile à rattacher à quelle que croyance que ce soit, sinon au principe de blâme plus général relié à la troisième croyance. La dépression d'apitoiement sur son sort est attribuable à la croyance en la nécessité d'avoir tout ce que l'on désire (Hauck, 1975), c'est-à-dire à la quatrième croyance (C4), qui auparavant a été reliée à la dépression (Ellis & Harper, 1975; Wood-Wetzel, 1983). Finalement, d'avoir pitié d'autrui de façon intense implique non seulement que cette personne est perçue comme victime d'éléments incontrôlables (C5), mais plus directement que les problèmes d'autrui devraient nous affecter, ce qui fait référence à la dixième croyance.

De la recension des écrits portant sur la dépression dans le cadre de la TER, il est ressorti que certaines croyances sont associées de plus près et de façon plus constante à la problématique dépressive. Les mêmes croyances sont associées à la dépression à travers plusieurs des modèles présentés, ce qui suggère qu'un schème ("pattern") de croyances soit relié de plus près à la dépression. Ce schème comprend avant tout la quatrième croyance, mais aussi il est important de souligner le rôle de la première, de la seconde, de la troisième et de la cinquième croyance également; ces dernières étant des éléments importants dans les deux modèles qui sont plus explicites à propos de la dépression (Hauck, 1974; Wessler & Wessler, 1980). La validité de ce schème de croyances est difficile à établir pour l'instant

mais la révision des autres théories pertinentes à la dépression peut permettre de dégager une perspective théorique plus englobante du problème, ce qui contribuera à renforcer ou à raffiner ces premiers propos. Il sera possible en dernier lieu de tirer des conclusions finales qui soient valides, en s'inspirant de l'ensemble des théories cognitives pertinentes à la dépression et des résultats de la recherche.

Parallèle entre la TER et les autres cadres conceptuels cognitifs

Deux schèmes conceptuels sont particulièrement importants, étant donné leur valeur heuristique et la parenté avec le cadre de la TER, soit la théorie de la résignation acquise (TRA) et la théorie cognitive de dépression. D'abord la théorie de la résignation acquise (TRA), issue d'une tradition d'apprentissage social, vise tout comme la TER à expliquer la dépression par un concept cognitif clé, en l'occurrence l'attente que les événements aversifs sont incontrôlables, ce qui donne lieu en retour à la résignation. Ces deux théories se rejoignent donc par la primauté accordée aux concepts cognitifs dans leur conceptualisation de la pathologie. La révision de la théorie de la résignation acquise (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978) avec l'intégration de concepts de la théorie d'attribution a servi à la rapprocher davantage du courant cognitif. La TRA présuppose qu'un style explicatif plutôt rigide soit sous-jacent à la dépression (et à la résignation). En tant que concept, le style explicatif semble similaire à la croyance irrationnelle puisque le style d'attribution affecte la conduite, l'affect et la

motivation de la personne en dépit de la "réalité". Ces deux concepts représentent les charnières du lien causal entre la cognition (croyance ou attitude de résignation) et l'affect et les deux englobent une distorsion cognitive du réel en fonction de la rigidité ou de l'absolutisme. La théorie de la résignation acquise semblait ainsi pertinente pour orienter les hypothèses de la présente étude étant donné cette parenté conceptuelle.

C'est au niveau de la théorie cognitive de Beck cependant que le parallèle avec la TER semble le plus solide, parce que ces théories partagent le présupposé théorique de l'origine cognitive de la perturbation émotionnelle (primauté cognitive) et que leurs conceptions de la pathologie et de la perturbation sont très similaires. En effet, les deux théories proposent d'abord que les perturbations sont amorcées par un(ou des) événement(s): par l'événement activateur(A) dans le cadre de l'ABC d'Ellis, par la perte (réelle ou perçue) d'aspects valorisés de sa personne ou de son monde (proches, emploi, etc.) selon Beck. L'événement en question selon sa signification interagit avec certains facteurs cognitifs stables chez la personne qui constituent des facteurs de vulnérabilité face aux épisodes dépressifs. D'une part, Ellis prévoit que cet événement sera interprété en fonction de croyances irrationnelles qui donnent lieu à la perturbation émotionnelle et comportementale suivant la séquence ABC; d'autre part, Beck propose que l'événement met en branle les schémas dépressogènes de façon à induire une spirale descendante qui donne lieu à l'émergence de

distorsions cognitives. Pour les deux théoriciens, ces structures cognitives se traduisent concrètement et peuvent être inférées d'après le contenu des verbalisations internes ou pensées privées ("self talk") de la personne. Bref, ces deux théories présentent beaucoup de similitudes.

La théorie cognitive de la dépression et le schème de croyances

La théorie cognitive de Beck pourrait être plus utile à la formulation d'hypothèses sur la dépression pour plusieurs autres raisons qui lui sont propres. Cette théorie a d'abord été élaborée dans un cadre cognitif, donc il ne s'agit pas d'une révision après coup. Ses concepts sont issus d'observations cliniques de patients déprimés et non d'expériences dans le domaine de l'apprentissage. N'étant pas issue d'un cadre théorique préalable, cette théorie pourrait être plus fidèle à l'entité clinique (diagnostique) de la dépression et aussi plus détaillée que des analogues tel que la TRA. Enfin, la théorie de Beck est rattachée à des critères diagnostiques plus précis, ce qui réfère à un syndrome mieux délimité, alors que la majorité des adeptes de la TER se sont adressés à l'affect dépressif. L'affect dépressif peut chevaucher plusieurs catégories nosologiques mais la théorie cognitive s'adresse davantage à la dépression clinique d'intensité sévère, en ce sens celle-ci peut-être plus utile pour formuler des hypothèses.

Bien que Beck explique la dépression aussi en invoquant des phénomènes de distorsions cognitives (processus) et de triade cognitive (contenu), les similitudes entre les deux cadres de

référence de la théorie cognitive et de la TER se situent plutôt au niveau des facteurs de vulnérabilité et de l'origine cognitive de la perturbation, Ellis ayant lui-même mis l'accent sur ces aspects. Plus spécifiquement, le concept de schème dépressogène proposé par Beck s'apparente de près aux croyances irrationnelles: il s'agit de structures cognitives stables à la source de la perturbation dépressive (le "B" de l'ABC) jouant un rôle dans l'évaluation et l'attribution d'un sens aux données perceptuelles. Le contenu des schèmes prend la forme de généralisations à propos des attitudes, des objectifs, des valeurs et des conceptualisations de cette personne. Plus précisément, en psychopathologie, les schèmes reflètent les fausses conceptions ("misconceptions") chroniques, les attitudes défaitistes, les prémisses invalides, les objectifs et les attentes non réalistes (Beck, 1967). Les schèmes font référence à des maximes générales telles que "Si je ne suis pas en tête, je suis un échec" (Beck, 1976; p. 255) ainsi qu'aux conclusions que l'individu en tire éventuellement ("Je suis un échec"); des conclusions pessimistes en vertu de son biais perceptuel-cognitif dans le sens de la triade cognitive. Les exemples de schèmes dépressogènes sont quelque peu diversifiés, comprenant à la fois règles et conclusions. Les schèmes restent cependant les seuls éléments de causalité dans cette séquence événement-schèmes-conséquences (triade cognitive et distorsions) de sorte que les hypothèses dans cette étude seront élaborées d'abord à partir de ceux-ci.

La théorie cognitive de la dépression à la différence de

la TER reste plutôt concise lorsqu'il s'agit du contenu des schèmes dépressogènes: Quelques exemples sont cités dans la documentation (Beck, 1976; p.255-256) et à travers les items du "Dysfunctional Attitude Scale" (Weissman, 1979) dont le développement est basé en partie sur la TER. Les études subséquentes s'adressant aux schèmes dépressogènes ont plutôt visé à établir l'existence de certains aspects des schèmes cognitifs dans la dépression et à étudier leur influence sur le traitement d'information qu'à déterminer exactement la nature des schèmes dépressogènes. Les travaux de Kuiper et ses collaborateurs portent donc sur un élément particulier, le schème de soi dans la dépression, un aspect qui se distingue de la définition plus englobante de schème auquel Beck réfère (Derry & Kuiper, 1981) et qui comprend aussi le schème de soi. Bien que ces derniers travaux permettent de cerner le contenu et l'influence du schème de soi à travers le traitement d'information, ceux-ci ne contribuent pas à spécifier la nature des schèmes dépressogènes en dehors de cet aspect. Il semble donc nécessaire dans le but d'élaborer des hypothèses de dégager certains thèmes à travers les exemples de schèmes. Il s'agira ensuite de les mettre en parallèle avec les croyances irrationnelles de façon à cerner les croyances qui sont essentielles dans la dépression.

D'après la théorie cognitive, la réaction dépressive prend source dans la perception d'une perte, un aspect valorisé du soi a été perdu avec l'élément déclencheur. La signification accordée à l'aspect en question est à ce point cruciale pour le

soi qu'elle rejoint la qualité "extrême" (absolue) des croyances qui visent l'évaluation de soi. Les deux premières croyances semblent susceptibles de représenter une telle "survalorisation", notamment la valorisation extrême de la compétence (C2) et du renforcement interpersonnel (C1). La révision des items du "Dysfunctional Attitude Scale" (DAS), qui vise à évaluer le degré d'adhésion aux schèmes dépressogènes, révèle d'ailleurs que la croyance en la compétence nécessaire (C2) et la croyance en la nécessité d'avoir l'approbation sociale (C1) y sont bien représentées (45% des items des formes A et B). Beck (1976) rapporte aussi plusieurs exemples de schèmes qui correspondent à la croyance en la nécessité d'avoir l'approbation sociale: "Pour être heureux, je dois être accepté par tous les gens de mon entourage en tout temps"; "Ma valeur comme personne repose sur ce que les autres pensent de moi"; "C'est merveilleux d'être populaire, célèbre et riche, et il est terrible de ne pas être populaire". La croyance en la nécessité d'être compétent semble concorder avec d'autres exemples: "Pour être heureux, je dois réussir dans tout ce que j'entreprends"; "Si je ne suis pas en tête, je suis un échec." (p. 255-256). Il semble donc que ces deux premières croyances soient très importantes et fassent référence à des schèmes dépressogènes directement.

En tant que corollaire à la survalorisation interpersonnelle, la dépendance face aux personnes importantes est aussi bien représentée dans le DAS (8% des items) tel que l'illustre le schème "Je ne peux vivre sans amour, si mon époux(se) ou mes parents ou mon enfant ne m'aiment pas, je ne

suis rien"(Beck, 1976). Certains schèmes semblent en effet déborder le cadre de la croyance en la nécessité d'avoir l'approbation d'autrui pour faire appel aussi à la croyance aux bienfaits de la dépendance (C8), avec l'implication de relations proches.

D'autre part, le perfectionnisme qui anime la pensée dépressive se reflète non seulement dans la "globalité" des énoncés de schèmes mais il ressort également dans le DAS: "Si je fais une erreur, ça indique que je suis un incapable"; "Si je ne prends pas avantage de toute opportunité de progresser, je le regretterai par après." La croyance qu'une solution parfaite est nécessaire (C11) s'apparente par l'inadmissibilité de l'erreur au concept de perfectionnisme tel qu'élaboré par Beck. Cependant cette similitude n'est pas exclusive puisque la croyance de compétence nécessaire (C2) fait référence à des standards élevés de rendement, un élément important du perfectionnisme, et que les schèmes rapportés auparavant reflètent aussi le blâme de soi.

Le blâme de soi s'avère une composante importante de la théorie cognitive tel que le rapporte Beck (1976); les déprimés sont très critiques face à eux-mêmes et s'attribuent (interne) beaucoup de responsabilité, allant parfois jusqu'à se blâmer pour des événements inévitables qui sont causés par des agents externes. Bien que le blâme de soi ne s'apparente pas à une croyance, il semble fort probable que la tendance au blâme (C3) y soit reliée. La troisième croyance pourrait plausiblement correspondre au blâme de soi en vertu de la formulation générale ("certaines personnes") qui la rend plus pertinente au principe

de blâme qu'au blâme d'autrui. De plus, au niveau du DAS, la croyance que le blâme soit nécessaire (C3) ressort dans 8% des items et se rapporte à soi autant qu'à autrui comme l'indiquent les items: "Les gens devraient être critiqués pour leurs erreurs"; "Les gens vous rejeteront s'ils apprennent à connaître vos faiblesses".

Le DAS comprend aussi certains autres thèmes et croyances pertinents à la théorie cognitive. La croyance selon laquelle le malheur est incontrôlable et de provenance externe (C5) est reflétée au niveau de 15% des items à travers les deux formes du test. Cette croyance en l'irresponsabilité émotionnelle ressort entre autres dans l'item "Une personne ne peut changer ses réactions émotionnelles même si elle les sait nocives", et plus indirectement dans l'énoncé "D'être isolé des autres m'amènera nécessairement à être malheureux". Le rôle donc de la cinquième croyance dans le schème dépressogène semble important à considérer.

En résumé, la théorie cognitive de la dépression et les travaux subséquents réfèrent à des schèmes cognitifs spécifiques à la dépression qui sont susceptibles de guider l'élaboration d'hypothèses à propos des croyances. Selon ce cadre de référence, la dépression serait surtout associée aux croyances en la nécessité d'avoir l'approbation sociale (C1) et une compétence absolue (C2), des croyances qui font appel à un processus de "survalorisation", d'où la sensibilité à la perte et la fragilité de l'image de soi. La tendance au perfectionnisme (C11) rejoint la survalorisation puisque celle-ci réfère à des aspirations

élevées dans quelque domaine d'intérêt que ce soit. Egalement, la dépendance (C8) s'associe à la survalorisation de l'approbation d'autrui alors que le blâme de soi est relié à la croyance au blâme (C3) et que l'absence de contrôle sur les émotions s'apparenterait à la croyance cinq, selon laquelle le malheur est incontrôlable et de provenance externe. Finalement, certaines croyances irrationnelles ne sont représentées que par quelques items au DAS, il suffira donc de souligner le rôle de la croyance aux bienfaits d'éviter les problèmes (C7), de la croyance que les frustrations sont intolérables (C4) et de la croyance aux bénéfices de se soucier des événements dangereux qui peuvent survenir (C6).

La théorie de la résignation acquise et le schème de croyances

Le modèle de la résignation acquise élaboré par Seligman peut aussi être utile dans l'élaboration d'hypothèses. Tout comme dans les deux autres modèles cognitifs-comportementaux, ce modèle indique qu'il y a un lien entre les symptômes affectifs, cognitifs et motivationnels de la dépression et une structure cognitive rigide, notamment le style attributionnel ou style explicatif. Suite aux difficultés rencontrées lors des tentatives à établir un lien causal, l'auteur a précisé récemment qu'il s'agissait bien d'un facteur de risque, c'est-à-dire un facteur qui est nécessaire mais non suffisant pour engendrer la dépression (Peterson & Seligman, 1985). Ce style explicatif dépressif correspond d'abord à l'attente d'impuissance face au malheur imminent, c'est-à-dire l'attente qu'aucune action ne peut

contrôler ou affecter ("non contingency") l'occurrence d'un événement aversif. L'auteur propose que la personne dépressive attribue cette impuissance de façon stéréotypée à un facteur qui n'est pas susceptible de changer dans le futur (stable) et qui englobe plusieurs aspects (global) de la situation ou de la personne. La stabilité des attributions rendrait compte de la chronicité de la dépression alors que la globalité affecterait l'ampleur des déficits. Egalement, le style explicatif dépressif implique l'attribution interne de l'impuissance (Peterson & Seligman, 1985) puisque la personne déprimée présente une faible estime de soi. Le déprimé aurait tendance à attribuer l'impuissance à des caractéristiques personnelles (le plus souvent à des déficiences) qui sont stables, globales et souvent internes, comme par exemple la "stupidité". De cette façon, il réussirait non seulement à se priver d'une occasion d'agir en se résignant à la situation, mais aussi à consolider cette attribution de déficits en lui conférant la fixité propre aux attributions caractérielles, d'où le concept de la résignation acquise.

Le style explicatif dépressif autant par la rigidité qui le caractérise que par sa structure semble s'apparenter à certaines croyances irrationnelles. L'attente d'impuissance selon laquelle la personne ne serait pas apte à exercer une influence sur les événements négatifs s'associerait à la croyance que le malheur soit inévitable et de provenance externe (C5). Le facteur de stabilité des explications semble s'apparenter de près à la croyance en l'influence déterminante du passé, c'est-à-dire à la

neuvième croyance. L'attribution interne que Seligman associe au blâme de soi peut-être rattachée, tout comme dans la théorie cognitive, surtout à la tendance au blâme (C3) et présenter une corrélation positive avec celle-ci. Cependant, le facteur de globalité ne présente pas de similitude avec les croyances, mais semble se refléter plus indirectement dans la qualité absolue et générale des énoncés.

Dans l'ensemble, la théorie de la résignation acquise est plus difficile à traduire en termes émotivo-rationnels comme le reflète le peu d'hypothèses qui en ressortent. Les résultats d'études auprès de populations collégiales ont servi à rapprocher la théorie de la résignation acquise des théories cognitives et à tempérer les postulats de causalité. Il persiste toutefois une parenté inaliénable avec le cadre d'apprentissage social qui tend à simplifier les relations et les concepts, ce qui rend le parallèle avec les théories "cliniques" plus ténu. Néanmoins, les hypothèses qui sont issues de la théorie de la résignation acquise concordent globalement avec celles des autres cadres de référence bien que l'accent soit mis sur la troisième, la cinquième et la neuvième croyance.

Synthèse du schème de croyances selon la documentation théorique

Le tableau 2 illustre le lien croyances-dépression correspondant à chaque cadre de référence révisé, et permet de discerner les croyances les plus pertinentes. Il en ressort plusieurs convergences entre les différents cadres conceptuels quant aux croyances associées à la dépression. Il est possible de

Tableau 2

Aspects cognitifs de la dépression et croyances irrationnelles selon la documentation théorique.

Cadres de référence Composantes cognitives et croyances

Théorie émotivo-rationnelle:

- | | |
|-----------------------------|---|
| Ellis(1975) | -intolérance à la frustration(C4) |
| Wessler et
Wessler(1980) | -Trois types de dépressions:
-Dépression avec culpabilité et honte: blâme de soi(C3) et honte(C1)
-Dépression avec apitoiement sur son sort: intolérance à la frustration (C4), attribution externe du malheur(C5)
-Piège du confort(C4). |
| Hauck(1975) | -Trois types de dépressions, tous reliés au manque de contrôle face à des situations déplaisantes(C5).
-Blâme de soi: survalorisation(C1,C2), blâme(C3) et perfectionnisme(C11)
-Apitoiement sur son sort(C4,C5).
-Préoccupation face aux problèmes d'autrui(C10). |

Théorie cognitive de la dépression:

- | | |
|------------------|---|
| Beck(1967, 1976) | -Schèmes dépressogènes: Survalorisation et perte d'aspect valorisé du soi(C1,C2), blâme de soi(C3), perfectionnisme(C11) et dépendance(C8), irresponsabilité émotive(C5).
-Autres schèmes: intolérance à la frustration (C4), désir d'échapper à la situation(C7), nécessité de se préoccuper des dangers possibles(C6). |
|------------------|---|

Théorie de résignation acquise:

- | | |
|----------------|--|
| Seligman(1975) | -Attente que des événements aversifs sont incontrôlables, ou impuissance universelle(C5). |
| Reformulation | -Attribution interne et possibilité de blâme de soi(C3).
-Stabilité: influence déterminante du du passé(C9).
-Globalité: rattachée davantage au degré d'endossement des croyances. |

préciser davantage les croyances du schème en examinant les convergences entre les théories de la dépression et la TER et en mettant l'accent sur les théories cliniques (TER et théorie cognitive). Le blâme de soi référant à la troisième croyance est considéré comme typique de la dépression au niveau de tous les cadres théoriques. Il en est ainsi également de l'absence de contrôle et de l'irresponsabilité émotionnelle caractéristiques de la cinquième croyance. En troisième lieu, le rôle de la croyance en l'intolérance de la frustration (C4) est retenu puisque cette croyance s'avère fermement endossée à travers les approches de la TER et de la théorie cognitive. Enfin le rôle de la survalorisation semble aussi important tel qu'il apparaît au niveau de la croyance en la nécessité d'avoir l'approbation d'autrui (C1) et de la croyance en la nécessité d'atteindre une compétence absolue (C2). L'omission de ces trois dernières croyances dans le cadre de la théorie de la résignation acquise (TRA) ne semble pas suffire pour en justifier l'exclusion; en effet, la TRA, en vertu de ses origines en psychologie comparée, présente un modèle analogue et simplifié de la dépression alors que les autres cadres sont davantage phénoménologiques.

Parmi les autres croyances irrationnelles, seule l'influence de la croyance en l'évitement des problèmes (C7) semble suffisamment pertinente à considérer à ce point-ci. Par ailleurs, cette croyance est davantage reliée au cadre de référence comportemental qui apparente la dépression à une perte de renforcement (Lazarus, 1968) ou à l'extinction de comportement renforçable (Ferster, 1973) de sorte que le taux de comportement

est réduit et qu'il y a retrait de la part de la personne. Cette croyance est également importante dans le contexte de la dépression majeure puisqu'elle s'apparente de près à la pensée suicidaire.

Documentation empirique sur la TER et la dépression

La documentation empirique du cadre émotivo-rationnel permet d'étoffer davantage les hypothèses à la lumière des données empiriques. Bien que ces résultats supportent globalement la perspective d'Ellis vis-à-vis de la dépression, il s'agit d'études corrélationnelles qui n'établissent pas de lien causal en soi. Les études sur la dépression confirment cependant l'existence d'une corrélation positive entre la dépression et l'irrationalité (Cash, 1984; Lapointe & Crandell, 1980; Nelson, 1977; Thyer & Papsdorf, 1981) chez des populations étudiantes. Fleming et Thornton (1980) ont de plus établi que la rémission de l'état dépressif, suite à des interventions thérapeutiques, s'accompagne d'une réduction dans l'adhésion aux croyances irrationnelles tel que mesuré par le "Irrational Beliefs Test" (Jones, 1968). Et le "Irrational Beliefs' Test"(IBT) semble particulièrement sensible en ce qui concerne la cognition "dépressive" (Hammen & Krantz, 1985). Selon ces études, le taux d'irrationalité augmenterait en fonction de l'intensité de la dépression.

Si l'association irrationalité-dépression se vérifie clairement au niveau des études, les croyances irrationnelles associées à la dépression sont plus difficiles à cerner en

Tableau 3

Croyances irrationnelles associées à la dépression
selon la documentation de recherche.

Auteurs: Sujets	Croyances associées à la dépression
<u>Etudes portant sur des populations étudiantes:</u>	
<u>Nelson (1977)</u>	
étudiants (BDI > 10)	-C2, C4, C6, C7, C9 (C10 omis au IBT)
<u>Lapointe et Crandell (1980)</u>	
étudiants déprimés (BDI > 10; Maudsley > 34); non déprimés (BDI < 14) et étudiants "sains".	-C1 à C10 (C10 = C11 au IBT); Sujets Déprimés > perturbés et étudiants sains à C2, C4, C5, C7.
<u>Thyer et Papsdorf (1981)</u>	
étudiantes	-C2, C4, C5, C7 (C9 est omis au RBI) Aussi facteur II, sentiment de culpabilité, Facteur IX d'éva- luation négative de soi, de sa <u>Cash (1984)</u>
étudiantes	-C1, C2, C6, C7, C9-rejet C11.
<u>Etudes portant sur des populations cliniques:</u>	
<u>Lewinsohn, Larson & Munoz (1982)</u>	
patients volontaires	-C2, C3, C4, C9.
<u>Newmark, Frerking, Cooke et Newmark (1973)</u>	
patients (névrosés, etc) et normaux.	-C2, C3, C7, C9-rejet de C8, C10, C11
<u>Newmark et Ziff (1977)</u>	
patients (dépression névrotique, etc) et	-C2, C3, C4, C7, C9-rejet de C10, C11
<u>Newmark et Whitt (1983)</u>	
patients (M.D.D. et normaux)	-C3, C4, C7, C9-rejet de C6, C8.

fonction des limites et des faiblesses des études qui s'y sont adressées. Des résultats convergents ressortent de ces études mais ceux-ci doivent être qualifiés en fonction des faiblesses de chacune des études. Le tableau 3 qui suit donne un aperçu des études dans le domaine; ce tableau présente la méthode et les résultats des études menées auprès de populations étudiantes (Cash, 1984; Lapointe & Crandell, 1980; Nelson, 1977; Thyer & Papsdorf, 1981) et des études cliniques de Newmark et ses collaborateurs. Un examen plus approfondi de ces études est d'abord entrepris pour ensuite clarifier leur contribution dans la formulation d'hypothèses pour ce projet.

Etudes auprès de populations étudiantes

Nelson (1977) a étudié la relation entre les croyances irrationnelles et l'intensité de la dépression chez une population étudiante grâce au "Irrational Beliefs' Test" (IBT). Le critère d'inclusion dans le groupe dépressif était l'obtention d'un score supérieur à 10 à l'Inventaire de dépression de Beck (BDI), tel que recommandé par Bumberry, Oliver et Mc Clure (1978). Il précise que les corrélations les plus fortes se retrouvent au niveau des croyances suivantes: la croyance en la nécessité de la compétence absolue (C2), la croyance que toute frustration est intolérable (C4), la croyance en la nécessité d'anticiper les dangers possibles (C6) et la croyance en l'influence déterminante du passé (C9). L'auteur ne précise cependant pas la méthode par laquelle il parvient à ces conclusions qui dérogent de son tableau des corrélations et des

test t par l'absence de la septième croyance. L'absence de cette croyance demeure pourtant difficile à réconcilier puisqu'au test t les groupes diffèrent significativement ($p < 0.001$) au niveau de la croyance aux bienfaits d'éviter les problèmes (C7) et que la corrélation avec l'intensité de dépression est aussi très élevée. En vertu de cette lacune, la septième croyance est aussi considérée étant donné son importance aussi dans les autres études.

Lapointe et Crandell (1980) ont critiqué l'étude de Nelson (1977), et ce, surtout en fonction de son critère d'inclusion dans le groupe déprimé. D'après eux, un critère minimal de 10 (au BDI) était trop peu élevé, et les étudiants qui présentaient un score supérieur à 10 n'étaient pas nécessairement déprimés. Cette critique s'avère des plus pertinentes et a été soulevée à maintes reprises au niveau d'autres articles sur la dépression (Coyne & Gotlib, 1983; Gotlib, 1984). Lapointe et Crandell (1980) ont par ailleurs sélectionné des sujets dont les réponses se rapprochent davantage de celles d'une population clinique de patients névrosés déprimés. L'étude portait sur des étudiants présentant un score au BDI supérieur à 14 ainsi qu'un score au-delà de 34 à l'échelle de névrose du "Maudsley Personality Inventory". Des étudiants perturbés non déprimés (score au BDI inférieur à 10) et des étudiants normaux ont aussi été inclus pour former deux groupes contrôles tel que suggéré pour les études cliniques (Coyne & Gotlib, 1983). L'évaluation de l'irrationalité était basée sur les résultats à divers questionnaires: le "Adult Irrational Ideas

Inventory" (Fox & Davies, 1971), le "Rational Behavior Inventory" (Shorkey & Whiteman, 1977), le "Personality Data Form" (Friedenheit, 1969) et le IBT, ce dernier ayant aussi servi à l'évaluation de chaque croyance individuelle. Basés sur l'analyse de variance à une dimension, les résultats révèlent des différences significatives entre les déprimés et les sujets normaux au niveau du taux d'irrationalité ainsi qu'à chacune des croyances irrationnelles. Les résultats permettent de dégager des différences significatives entre le groupe déprimé et les deux autres selon lesquelles le groupe déprimé adhérerait davantage à la croyance en la nécessité de compétence absolue (C2), à la croyance en l'irresponsabilité émotionnelle (C5), à la croyance aux bienfaits d'éviter les problèmes (C7) et à la croyance que toute frustration soit intolérable (C4). Les auteurs visaient ainsi à isoler les croyances spécifiques à la dépression et à en abstraire le facteur de névrose plus général.

Quelques autres études corrélationnelles dans le cadre de la TER se sont depuis attardées à la relation entre les croyances irrationnelles et la dépression, mais cette fois, auprès d'une population strictement féminine. Thyer et Papsdorf (1981) ont évalué la dépression selon le score au "Zung Self-Rating Scale" ainsi que le locus de contrôle, l'anxiété et l'irrationalité chez des étudiantes. Le "Rational Behavior Inventory" (RBI) a été utilisé dans cette étude pour mesurer la rationalité. Bien que le RBI ne constitue pas une mesure directe de la liste de croyances, celui-ci ayant été construit selon des échelles Guttman, il demeure possible d'inférer une certaine

correspondance entre ces échelles et les croyances originales. La croyance de déterminisme du passé (C9) est cependant omise complètement au RBI.

Dans l'étude de Thyer et Papsdorf (1981), les résultats des corrélations de Pearson ont révélé que plusieurs de ces échelles de rationalité sont en corrélation négative avec la dépression et qu'il demeure possible aussi d'inférer une certaine correspondance entre ces échelles et les croyances originales. Ainsi, la première échelle de réponse cognitive aux situations de frustration présente une corrélation inverse avec la dépression ($r = -.53; p < 0.01$) et semble s'apparenter (comme contenu) à la croyance d'intolérance à la frustration (C4). La septième échelle ($r = -.34; p < 0.01$) s'adresse à l'habileté à surmonter les tendances à l'évitement et à faire des tâches déplaisantes et celle-ci représente l'inverse de la croyance en l'évitement des problèmes (C7). La dixième échelle réfère à la tendance à se soucier et à se perturber avec la possibilité que ne surviennent des malheurs et semble correspondre à l'inverse de la sixième croyance; celle-là était aussi négativement reliée à la dépression ($r = -.32; p < 0.01$). La onzième échelle définie en terme de contrôle personnel de ses émotions pourrait peut être apparentée bien que plus indirectement, à l'inverse de la croyance que le malheur est inévitable et incontrôlable (C5); celle-ci présentait aussi une corrélation négative avec la dépression ($r = -.28; p < 0.01$). Enfin, deux autres échelles présentent des corrélations significatives avec la dépression et celles-ci ne correspondent à aucune des croyances directement: la deuxième échelle, référant à des

sentiments de culpabilité ($r = -.35; p < .01$), et la neuvième, qui constitue la tendance à se bouleverser par l'évaluation négative de soi et de sa vie. L'étude de Thyer et Papsdorf (1981) permet donc de dégager les croyances associées à la dépression légère dans une population non clinique mais celle-ci comporte des limites. La validité de ces résultats peut être en effet remise en question étant donné la variance d'erreur implicite à l'emploi de procédures univariées de sorte qu'il ne s'agit pas d'un véritable schéma de croyances.

L'étude de Cash (1984) intégrait des statistiques multivariées d'abord appliquées au degré global d'irrationalité ainsi qu'à d'autres facteurs cognitifs-behavioraux, soit au locus de contrôle, aux attitudes face au succès et à l'échec ainsi qu'à l'affirmation de soi en situation interpersonnelle. La régression multiple par étapes a servi à déterminer l'équation qui permette une prédiction optimale de l'intensité de la dépression telle que mesurée par le BDI. Cette équation comprenait uniquement les scores au test de locus de contrôle (Nowicki-Strickland) et le degré d'irrationalité global, ce qui atteste de la sensibilité du IBT pour l'évaluation de la dépression.

Parmi les corrélations entre les croyances irrationnelles et la dépression, plusieurs sont ressorties significatives, surtout la croyance aux bénéfices de se soucier des dangers possibles (C6), la croyance en la nécessité de la compétence (C2), la croyance que l'approbation d'autrui est nécessaire ($p < .001$). D'autres croyances présentent des corrélations

significatives avec la dépression bien que la probabilité d'erreur soit plus grande ($p < 0.05$): la croyance que l'évitement des problèmes est bénéfique (C7) et la croyance au déterminisme du passé (C9) sont directement reliées à la dépression, laquelle présente en retour une corrélation inverse ($p < 0.05$) avec la croyance au perfectionnisme (C11). Par ailleurs, seulement quatre de ces croyances sont prédictives de la dépression de façon constante: (par ordre d'importance) C6, C7, C2, C9. L'auteur précise que cet ensemble de croyances associé à la sévérité de la dépression se rapproche davantage des résultats obtenus auprès de populations cliniques (Newmark & Ziff, 1977) que de ceux observés auprès de populations étudiantes (Nelson, 1977; Lapointe & Crandell, 1980).

Même si ces résultats semblent concluants, l'importance qui leur sera accordée dans le cadre de la formulation d'hypothèses propres à ce projet doit être pondérée à la lumière de récentes études psychométriques et d'articles sommaires dans le domaine (Gotlib, 1984; Oliver & Simmons, 1984). La validité externe des conclusions basées strictement sur des populations collégiales légèrement déprimées y est remise en question. En effet, ces "substituts" d'échantillonnage, bien qu'ils facilitent et accélèrent la collecte de données, s'appuient sur l'hypothèse d'un continuum de sévérité. Selon ce continuum, la dépression légère chez des populations non cliniques représenterait un pôle, alors que la dépression clinique serait à l'opposé; toutes deux étant quantitativement et non qualitativement différentes. Golin et Hartz (1979) n'ont cependant pas retrouvé le facteur de

perturbation somatique caractéristique de la dépression clinique à l'analyse factorielle des scores du BDI d'échantillons d'étudiants. Tout récemment, Lips et Ng (1986) ont découvert que le facteur le plus stable à travers trois échantillons dits normaux restait la vision négative de soi; les facteurs d'humeur maussade, de préoccupations somatiques et d'inhibition de performance relevés dans les études auprès de populations cliniques (Pichot & Lemperière, 1964; Weckowitz, Muir & Cropley, 1967) n'apparaissaient pas clairement ou de façon constante. Les résultats de l'étude de Gotlib (1984) indiquent que les scores au BDI sont corrélés à d'autres mesures de psychopathologie chez les étudiants ce qui les porte à conclure que le BDI mesure en réalité un facteur plus général de détresse psychologique. Coyne et Gotlib (1983), lors de leur révision des études cognitives de la dépression, ont d'ailleurs remis en question la relation entre les scores au BDI et des cotations d'intensité en entrevue clinique, recommandant aux chercheurs dans le domaine de s'attarder également à des confirmations en milieu clinique pour renforcer la validité externe des découvertes. A ce stade-ci il semble encore difficile de se prononcer sur ce que le BDI reflète exactement au niveau des populations normales, mais il ne s'agit pas toujours de la dépression.

Etudes auprès de populations cliniques

A la lumière de ces recommandations, les études menées auprès de populations cliniques risquent d'être plus valides et de contribuer à mieux orienter les hypothèses au sujet de la

dépression clinique. L'étude effectuée par Lewinsohn, Larson et Munoz (1982) constitue une source d'information pertinente bien que la méthodologie présente des limites. En effet, cette étude porte sur plusieurs facteurs cognitifs dont l'irrationalité, qui a été évaluée selon les cotations au "Personal Beliefs Inventory" ou PBI (Hartmann, 1968). L'étude visait d'abord à déterminer quels items permettaient une meilleure discrimination entre des groupes déprimés et non déprimés, pour ensuite établir les dimensions qu'ils représentaient grâce à l'analyse factorielle (avec une limite de 5 facteurs). Les sujets ont été sollicités à l'Université d'Oregon et dans la région métropolitaine. Ces sujets se sont prêtés volontaires pour recevoir de la thérapie et participer à la recherche (groupes de patients). Les sujets normaux, de leur côté, étaient informés qu'il s'agissait d'une étude psychologique du comportement interpersonnel. Les personnes déprimées étaient incluses dans le groupe en fonction de leur score à l'inventaire M.M.P.I. ($D > 70T$), qui était corroboré par les cotations d'observateurs; ces cotations remplissaient les critères établis par Grinker, Miller, Sabshin, Nunn et Nunnally (1961). Dans le groupe de patients non déprimés, les sujets devaient présenter des scores élevés ($70T$) aux échelles du M.M.P.I., sauf à l'échelle de dépression, et la faible intensité de dépression était confirmée par les observations d'autre part. Seuls les sujets normaux qui ne remplissaient aucun des critères de psychopathologie étaient inclus dans le groupe contrôle.

Les résultats de l'analyse factorielle s'étant avérés plus complexes que prévu, les auteurs ont élaboré des hypothèses

post-hoc en ayant recours aux données de l'étude de Nelson (1977). Les 5 facteurs qui en ressortent font cependant référence à des croyances irrationnelles spécifiques. D'abord le facteur de "malheur" correspond à l'énoncé; "Etant donné leur passé, certaines personnes ne peuvent pas être heureuses"; ce facteur s'apparente à la neuvième croyance du déterminisme du passé. Ensuite, le facteur de blâme de soi pour les échecs encourus semble relié, bien que plus indirectement, à la troisième croyance de tendance au blâme. Le facteur qui correspond à l'importance d'être vu comme une réussite par autrui correspond davantage à la seconde croyance de compétence et d'accomplissement nécessaires. Le facteur de "mécréance" correspond de très près à la croyance au blâme (C3). Enfin, le facteur de réaction émotionnelle à la frustration est lié à la quatrième croyance d'intolérance à la frustration.

Globalement, ces résultats sont importants pour formuler des hypothèses, mais la méthodologie présente des lacunes spécialement au niveau des analyses statistiques et des critères de sélection des sujets. D'abord, au niveau des analyses statistiques, il est contre-indiqué de procéder à l'analyse de covariance avec chaque item à échelle ordinale (Bernier, 1985); ces données ne sont pas continues et la variance d'erreur risque d'être élevée. Ensuite l'analyse factorielle de ces items révélant des résultats complexes, le fait de formuler des hypothèses post hoc qui soient basées sur les résultats d'une étude analogue (Nelson, 1977) reste une démarche beaucoup moins valide que des hypothèses ad hoc. Au niveau des critères de

sélection, l'inclusion dans le groupe déprimé était basée uniquement sur des critères psychométriques corroborés par des résultats d'observation. Ces critères ne correspondent pas nécessairement aux critères diagnostiques récents (DSM-III) qui ont évolué depuis que l'échelle de cotation par observation a été élaborée (1961). Bref, les résultats ne permettent pas nécessairement de se prononcer à propos de la dépression clinique, et particulièrement à propos de la dépression majeure, mais ceux-ci peuvent être utilisés pour élaborer des hypothèses.

Les études de Newmark et ses collaborateurs (Newmark, Frerking, Cooke & Newmark, 1973; Newmark & Whitt, 1983; Newmark & Ziff, 1977) sont importantes d'autre part puisqu'elles s'adressent exclusivement à des populations cliniques ayant reçu un diagnostic (selon le "Diagnostic statistical manual of mental disorders" ou DSM), et entre autres à des déprimés. Dans le cadre de leurs études sur le lien entre la psychopathologie et les croyances irrationnelles, Newmark et ses collaborateurs ont administré le "Ellis scale" aux patients admis à la clinique de l'Université de Caroline du Nord. Il s'agit d'une version modifiée du test, c'est-à-dire selon un format vrai ou faux au lieu de l'échelle Likert originale qui exigeait une cotation à chacune des onze croyances. Plusieurs catégories diagnostiques ont été considérées ainsi que des sujets normaux. De façon générale, les auteurs utilisent le test z pour déterminer si le pourcentage d'adhésion à chaque croyance est significatif, donc s'il y a consensus dans l'adhésion; parfois des χ^2 sont rapportés pour la comparaison de groupes.

Utilisant cette procédure, Newmark et Ziff (1977) ont comparé le degré d'adhésion aux croyances chez divers groupes diagnostiques, avec les croyances prévues pour chaque groupe par des thérapeutes. A l'examen des cotations des groupes, ils ont noté des similitudes entre les patients névrosés déprimés et anxieux (selon le DSM-II) au niveau du consensus d'adhésion à certaines croyances. Les groupes déprimés et les anxieux adhèrent davantage ($p < 0.001$) et de façon constante ("high endorsement consensus") à la croyance en la nécessité de la compétence absolue (C2), à la tendance au blâme (C3), à la croyance que toute frustration est intolérable (C4), à la croyance en la nécessité d'anticiper tout danger possible (C6), à la croyance aux bienfaits d'éviter problèmes et responsabilités personnelles (C7) et à la croyance en l'influence déterminante du passé (C9). Egalement, ces deux groupes se caractérisent par un rejet significatif des croyances en l'endossement des problèmes d'autrui (C10) et en la nécessité d'une solution parfaite pour chaque problème (C11) alors qu'il n'y a pas de consensus au niveau des autres croyances. Les sujets normaux ne manifestent pas de consensus dans l'adhésion aux troisième et dixième croyances et rejettent le reste des items, ce qui fait contraste avec le consensus d'adhésion chez les patients.

La validité de ces résultats est aussi renforcée indirectement par la similitude entre cet ensemble de croyances et celui qu'ont adopté les patients névrosés lors de l'étude de Newmark, Frerking, Cooke et Newmark (1973). Les patients névrosés ont manifesté un consensus d'adhésion au niveau

de la seconde, de la troisième, de la septième et de la neuvième croyances. Ce groupe de patients névrosés comprenait des patients déprimés de sorte qu'il y avait lieu de s'attendre à de telles similitudes.

L'étude de formes de psychopathologies plus sévères selon le DSM-III (Newmark & Whitt, 1983) a été entreprise par la suite. Ceci a permis d'étudier l'adhésion aux croyances irrationnelles chez des groupes diagnostiques psychotiques, par opposition aux catégories dites névrotiques, qui sont davantage reliées à la variable d'anxiété (Newmark, Frerking, Cooke & Newmark, 1973). Les résultats du test t indiquent que les groupes psychotiques (déprimés et schizophrènes) présentent des fréquences moyennes d'adhésion aux croyances qui soient plus élevées ($p < 0.01$) que celles des groupes de sujets normaux et de patients souffrant de dépression bipolaire en phase maniaque. A l'aide du χ^2 , il a été possible de dégager les croyances auxquelles le groupe déprimé adhère davantage en comparaison au groupe de sujets normaux; des différences significatives se retrouvent au niveau de toutes les croyances irrationnelles sauf la sixième et la huitième croyances. Dans l'ensemble, il est clair que les groupes psychotiques sont ressortis plus irrationnels que la normale bien que le groupe maniaco-dépressif en phase maniaque diffère peu de la normale.

En ce qui concerne la dépression majeure plus spécifiquement, le consensus d'adhésion indique que certaines croyances soient plus caractéristiques de ce groupe. Le groupe déprimé manifeste un consensus d'adhésion au niveau de la

croissance aux bienfaits de blâmer (C3), de la croyance que la frustration est intolérable (C4), de la croyance que d'éviter problèmes et responsabilités est bénéfique (C7) et de la croyance en l'influence déterminante du passé (C9). D'autre part, ce groupe rejette significativement (consensus de rejet) les croyances que l'anticipation du danger (C6) et que la dépendance (C8) sont nécessaires. Le consensus d'adhésion semble un indicateur pertinent pour élaborer des hypothèses puisqu'il présente l'avantage de s'adresser uniquement au groupe déprimé. Chez le groupe normal, soit qu'il n'y a pas de consensus d'adhésion vis-à-vis des croyances (Newmark, Frerking, Cook & Newmark, 1973; Newmark & Whitt, 1983) ou qu'il y a rejet de la plupart (Newmark & Ziff, 1977), de sorte qu'il y a lieu de s'attendre à ce que ces croyances soient plus caractéristiques de la dépression majeure.

Newmark et Whitt (1983) ont conclu que l'ensemble de croyances caractéristique de la dépression majeure se rapprochait davantage de celui de la schizophrénie que de celui de la maniaco-dépression. Effectivement, ces deux groupes ne présentaient pas de différences significatives au niveau de plusieurs croyances, soit la troisième, la quatrième, la cinquième, la sixième, la septième et la neuvième croyance. Les auteurs ont proposé que l'anxiété, qui est commune à ces deux catégories diagnostiques, explique cette similitude. Cependant, cette hypothèse a été formulée après coup, en s'inspirant des résultats d'études antérieures qui ont relié le degré d'irrationalité (Ellis Scale) et le taux d'anxiété (MacDonald &

Games, 1972). L'étude de Newmark & Whitt (1983) ne comprenait pas d'inventaire d'anxiété, de sorte que cette hypothèse reste à vérifier et que les similitudes au niveau des croyances peuvent refléter l'influence d'autres facteurs.

L'apport de cette série d'études cliniques réside d'abord et avant tout en ce qu'il s'agit d'études qui portent sur des populations psychiatriques et qu'un diagnostic a été posé. Cependant, ces études présentent des limites méthodologiques appréciables qu'il est important de considérer dans la formulation des hypothèses basées sur ces résultats. Ainsi, l'emploi d'une version simplifiée du Ellis Scale (cotation binaire) ne reflète pas les nuances subtiles dans l'adhésion aux croyances irrationnelles et des inventaires plus complets sont disponibles. Ce test s'avère un instrument abrégé qui, en vertu du nombre d'items réduit et du choix forcé rattaché à ce format, peut exagérer l'ampleur des différences tout en ne procurant pas un échantillonnage qui reflète vraiment le plein sens des croyances. De plus, les statistiques utilisées sont une série d'analyses univariées alors que les croyances irrationnelles sont endossées par les mêmes individus; il est donc possible qu'au niveau des résultats de comparaisons entre groupes, des différences significatives apparaissent, qui ne soient que des artefacts (erreur de type I). Bref, et le format du test et les statistiques utilisées ont pu contribuer à exagérer les différences. Puisque des procédés multivariés sont plus appropriés et que ceux-ci vont réduire le nombre de croyances du schème, la formulation d'hypothèses risque d'être plus juste en

se basant sur le consensus d'adhésion, soit sur les résultats des test z des études cliniques. Il s'agit de résultats conservateurs, totalement centrés sur le groupe déprimé et qui permettent de dégager les croyances plus pertinentes à la dépression majeure.

Synthèse du schème de croyances selon la documentation empirique

Au niveau de l'examen de la documentation empirique, la formulation d'hypothèses s'inspire en premier lieu des études cliniques, puisque les résultats sont propres à l'entité clinique de dépression (Newmark & Whitt, 1983; Newmark & Ziff, 1977), pour ensuite dégager les croyances qui sont étayées par les résultats de la recherche avec des populations étudiantes. Un schème préférentiel conservateur est suggéré par les résultats du consensus d'adhésion chez le groupe de patients déprimés et la plupart des éléments de ce schème ressortent aussi au niveau de la recherche auprès d'étudiants et des résultats de Lewinsohn, Larson et Munoz (1982). Il en est ainsi de la croyance que les frustrations sont intolérables (C4) et de la croyance que l'évitement des problèmes et responsabilités est bénéfique (C7), toutes deux ayant été associées à la dépression dans plusieurs études analogues (Lapointe & Crandell, 1980; Nelson, 1977; Thyer & Papsdorf, 1981); la quatrième croyance ressort aussi au niveau des résultats de l'étude de Lewinsohn, Larson et Munoz (1982). Les études confirment également, bien qu'avec moins d'ampleur, le rôle de la neuvième croyance en l'influence déterminante du passé (Cash, 1984; Nelson, 1977; Lewinsohn, Larson et Munoz, 1982) et

le rôle de la troisième croyance de tendance au blâme (Lapointe & Crandell, 1980; Lewinsohn, Larson et Munoz, 1982). Bien que ce schème semble le plus constant à travers la recherche et le plus pertinent à la dépression, l'importance de la croyance en la nécessité de la compétence (C2) ne doit cependant pas être négligée, puisque celle-ci ressort significative au niveau de certaines études avec des patients (Newmark & Ziff, 1977; Lewinsohn, Larson et Munoz, 1982) de même qu'au niveau de la recherche auprès de populations étudiantes (Lapointe & Crandell, 1980; Nelson, 1977).

En vertu des statistiques utilisées, la portée de telles "conclusions" demeure tout de même limitée par certains facteurs. En effet, les croyances associées à la dépression sont issues le plus souvent de résultats d'analyses univariées effectuées à chaque croyance, alors qu'en tant que variables dépendantes, les cotations aux croyances irrationnelles proviennent du même groupe de sujets à chaque croyance. La variance d'erreur commune est donc présente à chaque analyse et contribue à augmenter le risque de détecter des différences significatives erronées (erreur de type I). Bien qu'il s'agisse de l'ensemble des croyances qui est endossé avec plus de constance par les patients déprimés et qui est donc davantage lié à la dépression majeure, ce schème préférentiel hypothétique pourrait varier lorsque soumis à des critères multivariés plus rigoureux. L'analyse multivariée s'adresse en effet à la dimension sous-jacente, soit au "pattern" de corrélations, et seules les croyances qui contribuent une variance unique et significative seront incluses

dans le schème final. Les croyances irrationnelles étant "interreliées", certaines en seront éliminées.

Formulation du problème et hypothèses

La présente étude vise à dégager le schème de croyances irrationnelles sous-jacent à la dépression majeure, une entité diagnostique de dépression. En tenant compte des limites et des faiblesses de la documentation empirique dans le domaine, la thèse vise à dégager le schème de croyances irrationnelles sous-jacent à la dépression clinique et à extraire, grâce à des statistiques multivariées la(les) dimension(s) cognitive(s) plus englobante(s) qui y est/sont inhérente(s). Il s'agit plus spécifiquement de déterminer les croyances qui différencient un groupe de patients déprimés de deux groupes contrôles, l'un comprenant des personnes normales d'âge adulte, et l'autre, un groupe de patients psychiatriques non déprimés. La variable de dépression est définie en fonction de critères cliniques précis qui font référence à une intensité sévère de dépression de façon à rester fidèle à la documentation théorique qui a servi à l'élaboration des hypothèses. De plus, certaines variables additionnelles qui présentent un lien avec la dépression (Brown & Harris, 1978) sont recensées afin de rendre compte de leur influence lors de la comparaison des groupes; il s'agit de l'âge, du sexe, du niveau d'éducation et du niveau socio-économique. Le choix des sujets dans les groupes contrôles a été fait de façon à ce que les groupes soient similaires au groupe de patients déprimés au niveau de ces mêmes variables.

Les hypothèses de cette recherche sont formulées suite à la recension de la documentation théorique et de recherche sur le sujet, ce qui assure d'emblée une vision plus complète. A la lumière des données empiriques et des liens entre croyances et cognitions dépressives dérivés des schèmes conceptuels, certaines hypothèses sont avancées en retenant d'abord les croyances qui sont associées à la dépression de façon plus stable et en donnant préséance aux théories, puis aux résultats empiriques ayant trait à la dépression clinique. Il est possible grâce à cette stratégie d'élaboration des hypothèses de dégager les croyances caractéristiques de la dépression et de prévoir que le groupe de patients déprimés diffère des groupes contrôles par l'adhésion préférentielle à un certain schème de croyances irrationnelles, ce qui contribuera à accroître le degré d'irrationalité total chez ce groupe.

Le schème de croyances hypothétique établi en suivant cette stratégie comprendrait d'abord la croyance que la frustration est intolérable (C4) et aussi la tendance au blâme (C3); l'importance de ces deux croyances est confirmée au niveau et de la recherche et de la théorie. Les théories cliniques mettent l'accent sur certaines croyances qui ont aussi été associées à la dépression dans la recherche auprès des étudiants; soit la première croyance, selon laquelle l'approbation d'autrui est nécessaire (Cash, 1984; Lapointe & Crandell, 1980), la cinquième croyance, selon laquelle le malheur est incontrôlable et de source externe (Lapointe & Crandell, 1980; Thyer & Papsdorf, 1981) et la seconde croyance selon laquelle une

compétence absolue est nécessaire (Cash, 1984; Lapointe & Crandell, 1980; Nelson, 1977). Enfin, la tendance à l'évitement (C7) et la croyance au déterminisme (C9) sont d'abord appuyées par la recherche clinique mais aussi par la théorie de la résignation acquise dans le cas de la neuvième croyance et par la théorie cognitive de dépression dans le cas de la septième croyance. En résumé, des hypothèses concernant le schème de croyances irrationnelles dans la dépression majeure sont élaborées suite à une recension de la documentation théorique et empirique pertinente à l'entité clinique de dépression. Le schème hypothétique associé à la dépression majeure qui en ressort comprend la première, la seconde, la troisième, la quatrième, la cinquième, la septième et la neuvième croyances.

Contribution de la thèse

La contribution de cette étude se situe à plusieurs niveaux. La détermination du schème de croyances associé à la dépression majeure est importante dans le contexte de la TER d'abord puisqu'il est important que la théorie soit validée par des travaux empiriques (Beidel & Turner, 1986; Eifert, 1984; Eschenroeder, 1982; Smith, 1982; Zettle & Hayes, 1980). La TER a fait l'objet de maintes critiques, notamment au sujet des faiblesses des études empiriques à l'appui de la théorie, du biais sélectif qui consiste à ne rapporter que les études qui confirment le modèle, et du fait que l'évolution théorique repose surtout sur des arguments théoriques (Ewart & Thorensen, 1977; Mahoney, 1977; Meichenbaum, 1977; Eschenroeder, 1982). La thèse

constitue une étude corrélationnelle qui vise à vérifier un aspect de la TER de façon rigoureuse; il s'agit d'un apport en soi puisque peu d'études se sont adressé sérieusement à valider cette théorie.

Contrairement aux études précédentes (Newmark & Ziff, 1977; Newmark & Whitt, 1983), cette étude est élaborée d'après une recension approfondie de la documentation théorique et empirique. Non seulement ceci donne-t-il lieu à l'élaboration d'hypothèses précises quant aux croyances irrationnelles associées à la dépression, mais la formulation même du problème s'en trouve améliorée. En effet, l'étude du problème des croyances irrationnelles associées à la dépression a été abordée jusqu'à maintenant avec une conception "moléculaire" du problème, c'est-à-dire en s'attardant à chaque croyance irrationnelle comme à une variable indépendante des autres croyances. Les croyances sont toutefois fonction de la cognition ou du degré d'irrationalité du sujet qui y adhère, de sorte qu'une approche "molaire" apparaît plus appropriée, soit une approche qui tienne compte de la "totalité des éléments" à la fois.

En fonction de cette perspective molaire, il est nécessaire ici de raffiner la procédure et d'utiliser entre autres des instruments psychométriques plus sophistiqués (complets et statistiquement éprouvés) dont les résultats puissent se prêter à l'analyse multivariée. Les méthodes factorielles servent à réduire la variance d'erreur qui était cumulée lors de l'analyse indépendante de chaque croyance (F univarié); un plan factoriel à plusieurs dimensions semble donc

tout indiqué pour l'analyse de plusieurs variables dépendantes associées au(x) même(s) individu(s). Il est prévu que le schème de croyances qui doit en ressortir soit plus valide, tenant compte de l'unicité des participants.

Cette étude-ci présente aussi l'avantage d'être plus précise que les formulations théoriques plus récentes (Ellis, 1985) en ce qui concerne le concept de croyance irrationnelle. Le concept de croyance réfère ici à la liste initiale de croyances, dont il est possible de dériver des hypothèses empiriques vérifiables. Il s'agit là d'un aspect important puisqu'avec l'évolution de la TER, les concepts se sont non seulement multipliés mais sont devenus plus diffus. En effet, Ellis (Ellis, 1985; Ellis & Harper, 1975) s'est davantage attardé aux processus de pensées fautifs et illogiques au cours de l'évolution de la TER. Il explique que la formulation originale des croyances était imprécise et qu'il l'a révisée à la suite des critiques qu'il a reçues (Ellis, 1985). Malgré que les révisions aient servi à accroître l'universalité des principes de la TER, donc à adresser les critiques de fond, paradoxalement les concepts n'en sont devenus que plus vagues (Ewart & Thorensen, 1977; Mahoney, 1977; Meichenbaum, 1977; Smith, 1982). Dans les révisions les plus récentes, Ellis (1985) donne des exemples de croyances qui pour certaines s'apparentent davantage à des pensées automatiques et à des distorsions cognitives (pour emprunter les termes de Beck) qu'aux structures cognitives originales. Le concept de croyance tel que révisé a été étendu de façon à comprendre, outre leur définition première de structure

cognitive, plusieurs autres types de cognition moins "centrales". Il est donc important d'établir que dans cette étude, le concept de croyance réfère à la version initiale (Ellis, 1962; Ellis & Harper, 1961); celle-ci demeure la plus claire et la plus propice à la recherche et il est possible d'en dériver des hypothèses contrairement aux formulations subséquentes qui se prêtent mal à l'étude empirique (Smith, 1982).

Plus spécifiquement, cette étude permet de préciser la théorie émotive-rationnelle en termes diagnostiques, puisque l'étude établit un lien entre les croyances irrationnelles et une entité diagnostique. Tel que mentionné auparavant, la TER a élaboré une démarche diagnostique totalement indépendante de la classification psychiatrique et qui est centrée sur l'ABC et les croyances irrationnelles. Le schème de croyances établi ici est spécifiquement associé à la dépression majeure telle que définie selon des critères diagnostiques. Il ne s'agit pas seulement de symptômes dépressifs, mais bien d'un syndrome dont la définition est spécifique et dont le diagnostic est assuré par une démarche rigoureuse. Ceci constitue une nette amélioration par rapport aux études dans le domaine puisque la plupart n'étaient basées que sur des critères psychométriques de dépression (Cash, 1984; Lapointe & Crandell, 1980; Nelson, 1977; Thyer & Papsdorf, 1981) ou sur des critères diagnostique peu rigoureux (Newmark & Whitt, 1983; Newmark & Ziff, 1977).

Cette thèse a été également élaborée en tenant compte des dernières recommandations de la recherche cognitive portant sur la dépression; un groupe contrôle additionnel de patients non

déprimés est inclu tel que recommandé par Coyne et Gotlib (1983). Ceci permet d'effectuer une double comparaison, c'est-à-dire entre le groupe déprimé et les groupes contrôles de sujets normaux et de patients non déprimés. L'inclusion d'un groupe contrôle psychiatrique rend possible le contrôle du facteur général de détresse qui est associé à la pathologie et à des facteurs parallèles, tel que le stress de l'admission à l'hôpital; ceci permet de discerner plus spécifiquement l'"élément dépressif". D'autres limites méthodologiques ont été prises en considération dans l'élaboration de la thèse, et celles-ci seront expliquées en détail dans la section de la méthode. Il suffit de mentionner pour l'instant que cette thèse vient combler plusieurs lacunes relevées lors de la recension des études précédentes.

En dernier lieu, le nombre de sujets compris dans cette étude est suffisant pour permettre d'effectuer certaines autres analyses complémentaires qui présentent de l'intérêt, notamment d'explorer le rôle de la variable de sexe. L'effet de la variable de sexe sur le schème de croyances irrationnelles est étudiée dans le contexte de cette thèse à titre exploratoire. Il sera possible d'explorer les différences dues au sexe dans la dépression en comparant les patients déprimés à des sujets normaux et à des patients psychiatriques non déprimés. Des hypothèses ne sont pas prévues à cet effet puisqu'il ne s'agit que de questions périphériques. Les résultats de cette exploration seront cependant abordés dans le dernier chapitre à la lumière du contexte théorique pertinent.

Chapitre II

METHODE

Participants

Cent vingt six sujets ont participé à l'étude dont 50 hommes et 76 femmes. L'âge des sujets variait entre 18 et 64 ans pour une moyenne de 35.8 années (e.t.=11), et le niveau d'éducation se situait en moyenne à 12.7 ans (e.t.=2.8). Le revenu personnel moyen, qui a été établi d'après un échantillon de 115 réponses (11 omissions), se chiffrait à \$19,460, alors que le revenu familial moyen, qui a été établi d'après 93 réponses, était de \$41,255 (voir le tableau de fréquences en appendice A). Dans l'échantillon total, 34 personnes étaient sans emploi lors de la collecte de données.

Groupes de participants:

L'échantillon se divise en 3 groupes distincts de 42 participants(es) dont 2 groupes contrôles qui ont été choisis dans le but de les apparier au groupe cible de patients déprimés. Tous les patients étaient bilingues ou de langue anglaise et ont été sollicités durant une période de 8 mois. Les sujets normaux ont subi le test surtout dans les mois d'octobre et de novembre 1986, alors que les patients ont été sollicités de septembre 1986 à avril 1987 (voir la répartition des patients selon le mois et l'hôpital en appendice B). Le groupe de sujets

normaux comprenait des étudiants de l'Université d'Ottawa et des fonctionnaires, alors que les groupes de patients psychiatriques (déprimés et non déprimés) ont été sollicités lors de leur admission à l'hôpital; soit à l'Hôpital Général d'Ottawa, à l'Hôpital Montfort (Ottawa), à l'Hôpital Général Juif (Montréal) ou au Centre hospitalier Pierre Janet (Hull).

Le premier groupe contrôle était composé de sujets adultes normaux (n=42) qui ne présentaient pas de signes de dépression, soit 14 hommes et 28 femmes. Ces sujets étaient âgés de 36.6 ans en moyenne (e.t.=12.1) et avaient un revenu personnel moyen de \$23,244 alors que leur revenu familial moyen était de \$43,974. Certains parmi ceux-ci avaient reçu une éducation post secondaire de sorte que le groupe présentait en moyenne 13.45 années de scolarité (e.t.=2). Tous ces sujets avaient un emploi à temps complet ou à temps partiel. La majorité de ceux-ci ont été choisis en octobre 1986 dans le cadre d'un cours du soir d'introduction à la psychologie (section anglaise). Cependant, étant donné la présence d'un biais dans ce premier échantillon en faveur de sujets plus jeunes, des étudiants d'âge mûr participant à un cours du département d'éducation permanente de l'Université d'Ottawa (novembre 1986), ainsi qu'un autre groupe participant à un cours pré-retraite (janvier 1987) de la Commission de la Fonction publique du gouvernement fédéral, ont par la suite été retenus.

Le second groupe contrôle comprenait des patients non déprimés (n=42) récemment admis à l'hôpital (n=26) ou référés à la clinique externe (n=16). Ces patients présentaient des

diagnostics variés (voir appendice C) incluant, entre autres, le désordre d'anxiété, les troubles d'adaptation, la schizophrénie paranoïde et le désordre bipolaire en phase maniaque. Les patients affectés de déficience mentale ou de syndrome organique cérébral avaient été exclus au préalable puisque la tâche consistait à remplir une série de questionnaires. Le groupe contrôle de patients comprenait 21 hommes et 21 femmes, dont l'âge moyen se situait à 31.9 ans (e.t.=9.2) et 35.8 ans (e.t.=8.9) respectivement. Bien que 24 de ces patients travaillaient à temps partiel (n=4) ou à temps complet (n=20), 18 d'entre eux étaient sans emploi au moment de l'étude, soit 5 ménagères, 5 étudiants, 5 chômeurs et 3 bénéficiaires de prestations d'assistance sociale. Le revenu moyen des patients était de \$16,865 et ils bénéficiaient d'un revenu familial de \$34,174. Ils avaient 12.05 ans (e.t.=3.36) d'éducation formelle en moyenne.

Finalement, le groupe cible était composé de 42 patients récemment admis, dont le diagnostic correspondait à la catégorie de trouble affectif majeur. Seulement les patients qui avaient reçu un diagnostic psychiatrique de dépression unipolaire (selon le DSM-III), confirmé par les résultats d'un inventaire diagnostique (IDD), ont été inclus. Ces patients étaient âgés de 36.9 ans (e.t.=11.45) en moyenne. Le groupe comptait 15 hommes et 27 femmes dont l'âge moyen était de 38.13 ans (e.t.=13.8) et de 36.26 ans (e.t.=10.2) respectivement. Parmi ceux-ci, 27 personnes avaient un travail (18 femmes, 9 hommes), alors que parmi les 15 autres, il y avait des ménagères (n=3), des chômeurs

(n=7), des retraités (n=2), un assisté social et un étudiant. Le revenu moyen du groupe était de \$17,865, avec un revenu familial moyen de \$43,060. Les sujets de ce groupe présentaient un niveau d'éducation de 12.74 années (e.t.=2.8) en moyenne.

Appariement des sujets:

Les sujets du groupe contrôle proviennent d'un échantillon de quelques centaines de sujets, et ils ont été choisis parce qu'ils étaient similaires au groupe de patients déprimés. Toutefois, pour le groupe contrôle de patients, le recrutement des sujets était déjà limité déjà par les critères de sélection de sorte qu'un appariement au début de la collecte des données risquait d'être peu économique. Chaque sujet qui n'avait pas de diagnostic de dépression a été recruté en espérant qu'il puisse éventuellement être apparié aux participants du groupe cible. Lorsque complété, l'examen des groupes a permis d'évaluer la justesse de l'appariement mais une prolongation de deux semaines de la période de collecte de données a permis de mieux appairer le groupe contrôle hospitalier au groupe cible.

L'objectif durant ces semaines supplémentaires visait à trouver des patients non déprimés qui soient davantage similaires aux sujets du groupe déprimé. Les critères d'appariement étaient basées sur le sexe, l'âge, le revenu personnel et familial, le niveau d'éducation et l'occupation. Lors de l'appariement, la priorité a d'abord été accordée au pairage selon le sexe et l'âge pour ensuite considérer les autres critères. De façon à

parfaire l'appariement individuel, un tableau des différentes triades a été élaboré pour illustrer les données pertinentes. La version finale de ce tableau comprenant les 42 triades, est incluse à l'appendice D.

Parmi les triades, 32 (soit 76%) comportent un appariement adéquat en fonction du sexe et de l'âge, le critère d'âge étant qu'il n'y ait pas un écart au-delà de 10 ans entre le sujet le plus jeune et le plus âgé dans la triade. Ces mêmes triades sont relativement bien pairées quant aux autres dimensions. A l'appendice D figurent les autres triades qui sont moins bien appariées selon l'âge, le sexe et, finalement, selon ces deux critères combinés. Malgré que la période de collecte des données ait été prolongée de 2 semaines avec l'objectif de mieux appairer les sujets, 10 triades demeurent moins bien appariées. Quatre triades présentent un écart supérieur à 10 ans au niveau de l'âge, 5 triades comportent un sujet de sexe différent, et une seule triade ne rencontre pas ces deux critères.

Il a semblé pertinent d'inclure tout de même ces triades moins bien appariées dans l'échantillon final, et ce, pour diverses raisons. Premièrement, la difficulté d'appariement semblait provenir de facteurs reliés à la nature même de la pathologie dans certains cas, de sorte que d'exclure ces triades pourrait rendre les groupes moins représentatifs. En ce qui concerne l'appariement selon le sexe, d'une part les participants souffrant de dépression majeure étaient plus souvent des femmes, et d'autre part, il était difficile de trouver des

femmes qui ne présentaient pas de dépression intense même si la pathologie primaire était d'un tout autre ordre. Ceci concorde avec les statistiques sur la dépression selon lesquelles les femmes sont davantage affectées que les hommes, dans une proportion de 2:1. L'élimination de cette proportion présenterait une vision "biaisée" de la pathologie (dépressive ou non dépressive) et fausserait les conclusions d'ordre théorique quant au schème sous-jacent à la dépression.

En second lieu, d'autres biais sont susceptibles de se produire avec l'élimination des triades moins bien appariées selon l'âge. En effet, les triades possédant de grands écarts d'âge entre les sujets impliquent surtout des personnes d'âge mûr et l'omission de celles-ci pourrait introduire un facteur de sélection favorisant davantage la "jeunesse". Il semble que chez les patients âgés qui sont hospitalisés en psychiatrie, la plupart présente des symptômes de dépression. Bien que les symptômes qui apparaissent avec l'âge sont similaires aux symptômes de la dépression, à ce stade-ci, la recherche ne permet pas de distinguer clairement entre ces deux formes de symptômes. Les triades de sujets d'âge mûr demeuraient donc difficiles à appairer lorsqu'il s'agissait de trouver des patients pour le groupe contrôle non déprimé; les sujets âgés présentaient des signes qui s'apparentaient à la dépression mais dont certains étaient fonction de l'âge; ils présentaient donc des résultats positifs à l'inventaire diagnostique et étaient exclus. Néanmoins, le groupe contrôle de sujets normaux est bien apparié au groupe cible de sorte qu'une comparaison adéquate est possible à ce

niveau.

Il convient enfin de rappeler que l'exclusion des triades moins bien appariées comporte aussi d'autres dangers étant donné le nombre limité de sujets dont il est question. Pour justifier l'utilisation de procédés multivariés, il est nécessaire de disposer d'un grand nombre de sujets. Ce critère devient d'autant plus important que l'étude s'adresse à plusieurs variables et qu'un minimum de 40 triades doivent être incluses de façon à justifier l'analyse multivariée.

Procédure

Les renseignements aux participants consistait à leur faire part que l'étude porterait sur les aspects psychologiques de diverses formes de maladies mentales, que la tâche consisterait à remplir des questionnaires dans l'anonymat et que les résultats seraient traités en toute confidentialité. Aux sujets normaux, il fut précisé qu'il ne s'agissait pas d'un test diagnostique individuel.

La démarche avec les sujets de milieu hospitalier impliquait la signature d'un consentement écrit (appendice E), disponible en version française et anglaise, qui comprenait toutes ces informations ainsi que d'autres précisions. Il a été entendu avec les patients, d'une façon précise, que s'ils acceptaient de participer, l'expérimentatrice devait prendre connaissance de leur diagnostic. Il a été spécifié qu'ils étaient libres de refuser de participer à tout moment, sans que

cela n'affecte les soins qu'ils recevaient ou qu'ils étaient appelés à recevoir. Enfin, ils pouvaient se prévaloir de l'option de recevoir un appel téléphonique à la fin de l'étude afin de connaître les résultats de l'étude; la plupart ont été intéressés à en savoir davantage.

Suite au consentement, chaque sujet était informé que l'investigateur était à leur disposition pour toute question, qu'il leur suffisait de lire attentivement les directives à chaque questionnaire et de le remplir en conséquence. Certains des patients ont éprouvé de la difficulté à remplir le questionnaire jusqu'à la fin, de sorte qu'il leur fut accordé de le compléter dans un deuxième temps et ce, dans un intervalle de 24 heures. Vingt-deux patients (soit 27% des patients) ont rempli le questionnaire en deux sessions, soit 12 patients déprimés et 10 patients du groupe contrôle.

La sélection des patients était basée sur le diagnostic qu'ils avaient reçu lors de leur admission, de façon à pouvoir faire faire appel à eux le plus tôt possible. Le groupe de patients déprimés était composé exclusivement des patients auxquels le psychiatre avait apposé un diagnostic de désordre dépressif majeur selon les critères du DSM-III. Les patients dont le diagnostic était révisé en faveur d'un diagnostic différentiel étaient exclus. Cette démarche devenait particulièrement importante lorsqu'un diagnostic différentiel de trouble d'adaptation avec humeur dépressive était considéré, puisque celui-ci se caractérise par une amélioration soudaine suite à l'hospitalisation. D'autre part, les patients du groupe contrôle

présentaient des diagnostics variés mais ne manifestaient pas de dépression majeure en axe I ou II du diagnostic. Les personnes qui avaient un diagnostic secondaire de dépression ou avaient vécu un décès récent dans la famille étaient systématiquement exclues ainsi que les patients présentant un diagnostic mixte, tel qu'un désordre schizoaffectif ou cyclothymique.

Les patients étaient triés également selon leur résultat à l'inventaire diagnostique de dépression (I.D.D.) récemment développé par Zimmerman, Coryell, Corenthal et Wilson (1986). Seuls les patients déprimés qui se méritaient un diagnostic de dépression à l'inventaire étaient intégrés au groupe cible. D'autre part, les patients du groupe contrôle ne devaient pas se qualifier à l'inventaire pour être inclus. Quant aux sujets normaux, le Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (Radloff, 1977) leur était administré afin de trier les sujets qui manifestaient des signes de dépression. Quelques sujets ont été exclus de leur groupe respectif à la suite de ce triage, soit 3 patients déprimés qui ne l'étaient plus ainsi que 3 patients et 7 sujets normaux qui présentaient suffisamment de symptômes dépressifs pour justifier leur exclusion.

Outre ces inventaires, la batterie de questionnaires administrée aux participants dont le "Beck Depression Inventory" (Beck, 1976), le "Irrational Beliefs Test" (Jones, 1968), le "Rational Behavior Inventory" (Shorkey & Whiteman, 1977) et un bref questionnaire démographique (voir les tests aux appendices F à L). Le questionnaire démographique visant à évaluer les variables démographiques pertinentes dans la

dépression (appendice F) a été présenté au début de la batterie de tests. Le " Beck Depression Inventory"(BDI) était placé à la toute fin car il comprenait en dernière page une question d'évaluation de la compréhension écrite des tests. Cette question était destinée à trier les sujets qui n'auraient pas compris la majeure partie du texte et était placée à la fin des tests. L'ordre dans lequel les autres questionnaires étaient administrés variait aléatoirement à l'intérieur de ce cadre.

Le choix de l'instrument diagnostique ainsi que des autres instruments était motivé par les qualités psychométriques de ceux-ci ainsi que par diverses considérations d'ordre pratique. Les raisons qui motivaient la sélection de ces instruments seront abordées dans les sections qui suivent. En vertu de l'importance cruciale de ces instruments, ils sont présentés en détail et leurs propriétés psychométriques sont décrites.

Evaluation de la dépression et de la symptomatologie dépressive

L'évaluation des symptômes de dépression devait permettre à la fois de scinder des groupes homogènes autant que d'assurer la validité du concept de dépression. D'une part, le diagnostic précis de l'échantillon clinique était crucial; d'autre part, il suffisait d'obtenir l'assurance que le groupe contrôle ne présentait pas de symptômes dépressifs intenses susceptibles de s'apparenter à la dépression et de masquer les distinctions.

En ce qui concerne le groupe cible, il était nécessaire d'avoir recours à des critères diagnostiques établis de façon à définir de manière précise le désordre dépressif majeur. Depuis

les années '70, plusieurs critères diagnostiques ont été avancés et éprouvés pour fins de recherche clinique (Feighner, Robins, Guze, Woodruff, Winokur & Munoz, 1972; Spitzer, Endicott & Robins, 1978; Spitzer & Williams, 1980), mais la version clinique la plus récente et la plus répandue reste le DSM-III. Le DSM-III visant à améliorer les systèmes précédents, dont le "Research Diagnostic Criteria" (Spitzer & coll., 1978), celui-ci représente la version la plus fidèle à la recherche actuelle en psychopathologie et, par la même occasion, la plus raffinée. Sprock (1985) a fait une recension de documentation et elle a comparé les systèmes de classification diagnostiques de dépression en psychiatrie (RDC, DSM, critères de Feighner); son évaluation du DSM-III est favorable. Elle affirme que le DSM-III rencontre la plupart des critères psychométriques et que la fiabilité et la validité de construit (concomitante, prédictive et discriminante) de la classification de dépression majeure a été démontrée.

Bien que des modèles d'entrevues structurées et standardisées applicables au DSM-III étaient disponibles, soit le "Diagnostic Interview Schedule" (Robins, Helzer, Ratcliff & Seyfried, 1982) et le "Structured Clinical Interview for DSM-III" (Spitzer, 1983), il a été convenu de soumettre les patients à une procédure diagnostique plus brève, et moins exigeante pour eux. En effet, les entrevues structurées qui sont administrées par un interviewer sans expérience clinique sont d'une durée d'environ deux heures (Spitzer, 1983). Même en utilisant une forme d'entrevue clinique comme le SCID, la durée

de l'entrevue demeure longue et il est nécessaire de référer au dossier clinique pour compléter l'information. La consultation du dossier risquait non seulement de présenter des problèmes d'ordre éthique, mais un biais sélectif pouvait être introduit puisque l'information dans les dossiers n'est habituellement pas rapportée de façon standardisée.

En vertu de la durée d'administration des entrevues standardisées et structurées et des autres difficultés anticipées, il a été convenu d'utiliser un double critère mais avec un instrument plus bref. D'une part, le diagnostic était établi (ou confirmé) par un psychiatre; d'autre part, la présence de dépression majeure devait être corroborée par les résultats à un inventaire diagnostique. L'instrument diagnostique était un inventaire spécialement développé pour le diagnostic du désordre dépressif majeur, soit le "Inventory to Diagnose Depression" (IDD).

"Inventory to Diagnose Depression" (IDD)

Le IDD (appendice G) a été sélectionné en vertu de sa correspondance avec les critères du DSM-III et de ses qualités psychométriques. Cet inventaire présente une fiabilité test-retest ainsi qu'un indice de consistance interne élevé (Zimmerman, Coryell, Corenthal & Wilson, 1986a). L'instrument est relié significativement à d'autres inventaires pour mesurer la dépression (BDI) et les cognitions dépressives ("Dysfunctional Attitude Scale"; "Attributional Style Questionnaire"). Le IDD est aussi corrélié à des échelles de cotation remplies par un

observateur ("Hamilton Rating Scale"). Le degré d'entente entre les résultats au IDD et le diagnostic clinique s'avère comparable au degré obtenu dans les études du groupe de Spitzer et ses collaborateurs sur la fiabilité test-retest du "Research Diagnostic Criteria" et du DSM-III. La sensibilité du IDD par rapport aux résultats du S.A.D.S. (N=60 patients non maniaques psychotiques) était de 81.6% alors que par rapport à un groupe diagnostiqué d'après une entrevue clinique seulement (N=175), la sensibilité s'avérait encore plus élevée (84.6%).

Deux autres études se sont adressées aux qualités psychométriques du IDD depuis que la thèse a été amorcée. L'étude de Zimmerman et ses collaborateurs (Zimmerman, Coryell, Wilson & Corenthal, 1986b) a permis d'établir la correspondance entre l'auto-évaluation et la cotation de symptômes précis de dépression majeure. Le degré d'accord était élevé pour une majorité de symptômes (14:18) avec un indice kappa de 0.62., ce qui indique que le IDD est valide non seulement au niveau "macroscopique", soit en tant qu'instrument diagnostique, mais aussi au niveau "microscopique", soit pour la détection de symptômes. En second lieu, Zimmerman et Coryell (1987) ont vérifié le rendement du IDD auprès d'une population normale. Lorsque les résultats du IDD ont été mis en parallèle avec les résultats d'entrevues structurées avec le D.I.S., le degré d'accord total était très élevé (97.2%). La correspondance entre ces deux critères a cependant diminué lorsque l'intervalle de temps entre les deux administrations a été augmenté. Les auteurs précisent qu'idéalement les deux administrations devraient être

réalisées à l'intérieur d'un intervalle de 24 heures afin d'obtenir un degré d'accord optimal. En résumé, les deux études plus récentes corroborent les résultats de l'article initial (Zimmerman & coll., 1986a) et indiquent que le IDD est valide pour le dépistage de la dépression majeure dans une population normale et pour discerner les symptômes de dépression chez des patients psychiatriques.

La validité discriminante du IDD par ailleurs présente certaines lacunes. Ainsi, le IDD original ne permet pas de distinguer le désordre dépressif majeur de la réaction de deuil, ou de la dépression sévère superposée à un désordre psychotique. Donc, pour distinguer entre la dépression unipolaire et le désordre psychotique chronique dans cette étude, le diagnostic apposé en institution a été considéré, et les patients présentant un diagnostic de dépression à l'axe II ont été exclus. En ce qui concerne la distinction de la réaction de deuil, un item supplémentaire a été ajouté au questionnaire démographique (appendice F) pour permettre d'identifier les personnes ayant vécu un deuil récent. Le sujet devait indiquer s'il y avait eu un membre de la famille immédiate ou un ami proche qui était décédé récemment, et dans l'affirmative, indiquer la période de temps qui s'était écoulée depuis. Les personnes ayant perdu une personne importante depuis moins d'un an étaient exclues systématiquement. Cette distinction s'avérait importante puisque 25% à 35% des patients qui présentent des complications suite à un deuil ont des symptômes qui suggèrent une dépression majeure (Tomb, 1981). Ayant revu les propriétés psychométriques de cet

instrument, le IDD semblait une alternative viable et économique par rapport aux entrevues standardisées, compte tenu de ces modifications destinées à rectifier la validité discriminante.

Cet instrument a servi dans ce projet à remplir deux objectifs: soit à confirmer le diagnostic de dépression unipolaire et à épurer le groupe contrôle hospitalier des patients cliniquement déprimés. En effet, les résultats au IDD servaient à confirmer le diagnostic de dépression chez des patients diagnostiqués au préalable par leur psychiatre. Seuls les patients qui se qualifiaient au test étaient inclus dans le groupe de patients déprimés. Trois patients ont été exclus parce que leur diagnostic n'était pas corroboré par les résultats au test. D'autre part, le IDD servait à épurer le groupe contrôle de patients psychiatriques non déprimés puisque les patients qui se qualifiaient au test étaient exclus. Encore ici, 3 patients du groupe contrôle non déprimé ont été exclus car leur résultats étaient positifs au IDD, bien que le diagnostic n'indiquait pas de dépression clinique.

"Beck Depression Inventory" (BDI)

Le BDI (appendice H) a aussi été administré à chacun des sujets de cette étude puisqu'il pouvait être d'un apport précieux. Notamment, le BDI constitue un indicateur de l'intensité de la dépression, un aspect qui n'est pas évalué par le IDD. Les données additionnelles qui en ressortent devaient permettre de "nuancer" le portrait clinique une fois le diagnostic établi; ceci est d'autant plus approprié qu'il s'agit

de l'utilisation qui avait été prévue lors du développement de cet instrument (Beck, 1967). Les données du BDI sont donc importantes dans ce contexte, puisqu'il s'agit davantage d'une évaluation quantitative du niveau de dépression (intensité) par rapport au diagnostic qui intègre un double critère, à la fois quantitatif et qualitatif (configuration des symptômes). Cette dimension d'intensité de la dépression ressort clairement au niveau des résultats du BDI.

"Center for Epidemiological Studies- Depression Scale" (CES-D)

En ce qui a trait à l'évaluation de symptômes dépressifs chez le groupe contrôle, les résultats au BDI ne s'avéraient pas suffisants. En effet, les critères au BDI ne comportent pas la même rigueur que les critères de diagnostic standardisé imposés au groupe clinique. Le "Center for Epidemiological Studies-Depression Scale" (CES-D) a donc été administré au groupe contrôle de sujets normaux; le CES-D ayant été développé en fonction du dépistage de symptomatologie dépressive au sein de populations "normales" (Radloff, 1977), celui-ci risquait d'être plus adéquat.

L'étude de Lewinsohn et Teri (1982), qui visait à évaluer l'efficacité de certains procédés pour accroître la validité du CES-D comme critère pour le diagnostic de dépression, a démontré par ailleurs que ce test était valide pour discerner les sujets qui n'étaient pas déprimés. Cette étude visait plus précisément à comparer les résultats au CES-D avec le diagnostic selon l'entrevue "Schedule for Affective Disorders and

Schizophrenia" ou SADS (critères du RDC). Les critères du SADS sont comparables en terme de contenu et de rigueur à ceux du DSM-III, qui a été utilisé avec le groupe clinique dans cette étude. Le critère d'inclusion dans le groupe pour des sujets non déprimés comprenait toute valeur inférieure à 17, puisqu'alors le taux d'exactitude se situe à 82% (Lewinsohn & Teri, 1982). Ce critère d'un score déterminant de 17 au lieu du score de 8 (qui donne lieu à une exactitude de 96%) a été retenu dans le projet actuel pour éviter une trop forte élimination de sujets, ce qui aurait compromis l'appariement des sujets en réduisant de beaucoup l'échantillon normal. Les résultats démontrent d'ailleurs que ce critère est bien fondé, puisque la moyenne des scores au CES-D était de 6.8 (écart-type=4.78), ce qui était très près du critère conservateur d'une valeur de 8. Pour plus de détail, la répartition des sujets normaux selon leur score au CES-D est présentée à l'appendice I.

Le CES-D est en soi un inventaire concis (Appendice J), comprenant 20 items, et qui requiert du sujet qu'il évalue la fréquence de symptômes dont il a souffert au cours de la dernière semaine selon une échelle en quatre points. Les scores peuvent varier entre zéro et soixante. La consistance interne selon le coefficient alpha et la méthode "split-half" était significative et élevée dans l'échantillon général ($r=.85$) autant que dans le groupe clinique ($r=.90$), et les indices de validité indiquaient qu'il ne s'agissait pas de biais sélectif dans la réponse. La fiabilité test-retest était acceptable autant auprès des patients après un mois d'intervalle qu'auprès de groupes normaux après des

intervalles variant entre 3 et 12 mois. D'ailleurs, depuis sa parution, les résultats des études indiquent que le test présente une consistance interne adéquate avec divers types de populations et une fiabilité test-retest acceptable à court terme (Orme, Reis & Herz, 1986).

La validité concomitante du CES-D, avec des critères cliniques tels que le "Hamilton SRS" et le "Raskin Rating Scale", avait été excellente tout comme avec les échelles d'auto-évaluation ("self-report"), dont le SCL-90. De plus, la validité de construit était renforcée par une diminution des scores au test en fonction de l'amélioration clinique chez un groupe de patients. D'autres études ont depuis confirmé la validité convergente et la validité de critère du CES-D (Orme, Reis & Herz, 1986). L'analyse factorielle par la méthode des composantes principales a révélé quatre facteurs orthogonaux qui sont ressortis à travers trois groupes de sujets: l'affect dépressif, l'affect positif, l'activité lente et les signes somatiques, les aspects interpersonnels (inamicaux, etc.). La validité factorielle a aussi été corroborée depuis, bien que la validité discriminante avec des indices d'estime de soi, et surtout avec le degré d'anxiété dispositionnelle ("Trait anxiety"), reste plutôt faible (Orme, Reis & Herz, 1986).

Cette faible validité discriminante du CES-D concède paradoxalement plus de rigueur à la démarche dans la présente étude; ceci signifie que d'autres facteurs sont contrôlés simultanément au niveau du groupe de sujets normaux. En effet, le test est employé dans cette étude afin de trier et

d'exclure les sujets dépressifs de ce groupe contrôle et, parallèlement les sujets présentant de l'anxiété et une faible estime de soi seraient aussi exclus en vertu de la faible validité discriminante du CES-D. Une telle "épuration parallèle" fait ressortir néanmoins d'autres considérations. Les commentaires dans la section d'introduction de ce projet-ci (p.42) indiquent que l'anxiété est associée à certaines formes de dépression d'après les résultats des études de Newmark et ses collaborateurs. Il a semblé important d'évaluer le rôle de cette variable au niveau des groupes de patients également, en vertu des études antérieures et puisque le groupe contrôle de sujets normaux présenterait un niveau d'anxiété plus faible avec le triage parallèle.

Evaluation du niveau d'anxiété

La documentation de recherche et la TER suggèrent que le rôle de la variable d'anxiété est important à considérer dans le cadre du projet. Au niveau théorique, l'anxiété est fondamentale à la définition de la névrose et la clientèle d'Ellis, à partir de laquelle il a élaboré sa théorie, était composée majoritairement de névrosés. Le lien entre l'anxiété et l'irrationalité est d'autant plus fort qu'au point de vue empirique, l'irrationalité a effectivement été liée à l'anxiété dispositionnelle et à l'anxiété d'évaluation ("test anxiety"), les résultats demeurant encore controversés quant à l'anxiété de parler en public ("speech anxiety") et à l'anxiété sociale (Cash, 1984). Newmark et Whitt (1983) ont même avancé

que l'anxiété constitue la variable commune qui explique les similitudes observées entre le schème de croyances associé au désordre dépressif majeur et celui de schizophrènes. L'anxiété étant souvent présente dans le portrait clinique de dépression, celle-ci pourrait être confondue à travers les résultats, puisque le CES-D risque d'effectuer un double filtrage (anxiété-dépression). Il a donc semblé important d'épurer aussi le groupe cible ou du moins d'enregistrer le niveau d'anxiété des patients.

Le type d'anxiété le plus pertinent à considérer d'après la documentation théorique et empirique, est l'anxiété habituelle ou dispositionnelle ("trait anxiety"). La TER fait référence surtout à des croyances irrationnelles, des structures stables difficiles à changer, de sorte que l'association plus forte entre l'irrationalité et l'anxiété habituelle cadre davantage avec ces formulations. L'étude de Lohr et Bongé (1981) a confirmé qu'en effet l'anxiété habituelle et non l'anxiété actuelle ("State Anxiety"), était corrélée significativement ($p < .001$) avec l'irrationalité au IBT. Le "State-Trait Anxiety Inventory" (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970), qui a été utilisé dans cette étude auprès d'étudiants a été administré dans cette étude-ci afin de déterminer le degré d'anxiété des participants.

Globalement, le STAI (appendice K) semble approprié en terme psychométrique; celui-ci présente de fortes corrélations avec divers instruments d'évaluation de l'anxiété, dont le "Manifest Anxiety Scale" et l'échelle d'anxiété du 16PF (Finney, 1985). De plus, dans la présente étude, les

résultats pourraient permettre de distinguer entre l'état émotif transitoire et des différences individuelles dans la prédisposition à souffrir d'anxiété. Ces échelles étant administrées ici à tous les sujets (déprimés et non déprimés), les données qui en ressortent pourraient aussi être comparées à celles des études précédentes sur le sujet (Lohr & Bongé, 1981) de façon à établir une continuité avec les travaux antérieurs.

Evaluation de l'irrationalité et du degré d'adhésion aux croyances irrationnelles

Les instruments qui sont disponibles présentement pour évaluer l'irrationalité et le degré d'adhésion aux croyances irrationnelles sont pour la plupart sous forme de questionnaires, dont plusieurs en version abrégée (Argabrite & Nidorf, 1968; Bard, 1973; Higginbotham, 1976; Laughridge, 1972; MacDonald & Games, 1972; Plutchik, 1976). Ces questionnaires visent à dégager les croyances irrationnelles à partir d'auto-cotations ("self-report"). Pour les fins de cette étude, seuls les instruments dont la variance et les qualités psychométriques étaient supérieures ont été considérés. Certains ont été exclus puisque la composition factorielle de ces instruments n'avait pas encore été vérifiée: ceux-ci sont le "Personal Beliefs Inventory" (Hartmann, 1968), le "Adult Irrational Ideas Inventory" (Fox & Davies, 1971) et le test élaboré par Lane, Bessai et Bard (1975). Le "Rational Behavior Inventory" (Shorkey & Whiteman, 1977) et le "Irrational Beliefs' Test" (Jones, 1968) se sont avérés globalement comparables (Ray & Bak, 1980) de même que le

Barnes-Vulcano Rationality Test (Barnes & Vulcano, 1982) qui a été développé d'après un échantillon canadien provenant du Manitoba. Contrairement au "Irrational Beliefs Test" (IBT), les facteurs du Barnes-Vulcano Rationality Test (BVRT) et ceux du "Rational Behavior Inventory" (RBI) dérogent considérablement de la liste originale de croyances irrationnelles; les auteurs du RBI ayant développé des échelles Guttman pour chacun de leurs facteurs dont seulement certains correspondent à des croyances.

"Irrational Beliefs Test" (IBT):

Le "Irrational Beliefs Test" (Jones, 1968) a été retenu d'abord puisqu'il correspond de façon précise à dix des onze croyances irrationnelles de la liste initiale (Ellis, 1962), n'omettant que la dixième croyance qui représente la tendance à se perturber à propos des problèmes d'autrui. Le IBT (appendice L) présente aussi d'autres avantages appréciables par rapport aux autres tests. Notamment, les items du IBT ont été formulés d'après la documentation théorique et non sélectionnés parmi les items d'instruments précédents. La validité discriminante en ce qui concerne l'attrait social des items a ensuite été évaluée et s'est avérée adéquate puisque seulement 3 échelles (C5, C6, C7) arboraient des corrélations significatives avec le test de Marlowe-Crowne et que la corrélation la plus élevée ne rendait compte que de 9% de la variance entre les deux (Lohr, Bongé & Jones, 1983). Enfin, le IBT était corrélé fermement ($r=0.5$) avec le "Dysfunctional Attitude Scale" (Lohr & Bongé, 1981) et a été utilisé déjà dans certaines études portant sur la dépression

(Nelson, 1977; Lapointe & Crandell, 1980; Cash, 1984).

Le IBT présente 100 items, dont chacun est coté selon une échelle en cinq points. Les items pertinents à chaque échelle sont les items dont le dernier chiffre correspond au rang de la croyance (ex: items 1-11-21-...-91 faisant partie de la première croyance). L'instrument comporte dix facteurs correspondants à des croyances irrationnelles et manifeste une validité factorielle élevée (Baisden, 1975), qui a aussi été confirmé depuis (Lohr & Bonge, 1982). Le IBT présente des indices d'homogénéité (consistance interne) variant entre 0.66 et 0.80 et la fiabilité test-retest pour une période de 24 heures s'étendait entre 0.68 et 0.87 pour les échelles et s'avérait de 0.92 à l'inventaire (Jones, 1968). Depuis, la fiabilité a été éprouvée avec succès pour des périodes de 2 semaines (Trexler & Karst, 1973) et de 4 mois (Lohr & Bonge, 1980). La validité concomitante du test avec une mesure des symptômes psychiatriques communs a recélé un R multiple de 0.72 entre la reconnaissance de symptômes et les échelles du IBT ainsi qu'une corrélation de 0.61 pour le total au IBT. Donc le IBT est à la fois un inventaire complet, présentant des qualités psychométriques importantes.

Lors du développement de l'instrument, les réponses d'un groupe de volontaires ont aussi été comparées à celles d'un groupe de patients psychiatriques. Le groupe de patients (N=72) était composé d'alcooliques, de schizophrènes, de diagnostics mixtes avec chronicité ainsi que de nouvelles admissions présentant de la symptomatologie aiguë (Jones, 1968). En résumé, des différences significatives ($p < .01$) sont ressorties en vertu

de l'adhésion préférentielle à certaines croyances: la croyance en la nécessité de la compétence absolue (C2), la croyance au blâme (C3), la croyance que le malheur est incontrôlable et inévitable (C5), la croyance en la nécessité de se préoccuper des dangers possibles (C6), la croyance aux bienfaits d'éviter les problèmes et les responsabilités (C7), la croyance au déterminisme du passé (C9) et la croyance qu'une solution parfaite est nécessaire pour chaque problème (C10). Le IBT présente donc l'avantage de procurer certaines balises permettant d'évaluer les hypothèses à propos du groupe contrôle de patients non déprimés.

"Rational Behavior Inventory" (RBI)

Le RBI a aussi été administré car il présentait des avantages distincts, et par rapport au BVRT, et pour les fins du projet actuel. Le RBI permettait de mieux corroborer les résultats du IBT, tout en procurant l'occasion de déborder des cadres de la TER. Le RBI comprend des échelles qui sont similaires à certaines croyances alors que le BVRT ne comporte que trois facteurs dont deux s'associent à des croyances directement, le second s'adressant à la croyance en l'évitement nécessaire (C7), et le troisième, à la croyance C6. Au niveau du RBI, les facteurs similaires aux croyances sont plus nombreux: le facteur I, qui représente l'inverse de la croyance que la frustration soit insupportable (C4); le facteur III de perfectionnisme, qui ressemble à la croyance en la nécessité de trouver une solution parfaite (C11) et à la croyance en la

compétence nécessaire (C2); le facteur VI de blâme, qui s'apparente inversement à la croyance C3; le facteur VII, qui constitue l'inverse de la croyance aux bénéfices d'éviter les problèmes et les responsabilités (C7); le facteur X, qui indique la tendance à se perturber vis-à-vis des malheurs qui peuvent survenir et qui correspond à C6. Selon le RBI, il est prévu que les facteurs I (l'inverse de C4), VI (l'inverse de C3) et VII (l'inverse de C7) du RBI seront associés à la dépression de façon à corroborer les résultats au IBT.

Le RBI permettra de plus de déborder des cadres de la TER. En effet, si le BVRT ne réfère qu'à un autre facteur (satisfaction-ennui) en dehors de la liste de croyances, le RBI en comporte plusieurs autres, dont certains sont susceptibles d'établir aussi des liens avec d'autres cadres conceptuels de la dépression. Ainsi, le facteur II de culpabilité face à la déviation des moeurs et des valeurs établies permet de spécifier davantage la nature de l'attribution interne, c'est-à-dire de la différencier de la tendance au blâme (C3) dans le IBT. Le facteur IV permet d'évaluer le cadre de référence à partir duquel la personne porte des jugements de valeur sur ses attributs, ses idées, son comportement, en désignant le soi comme étant la réponse rationnelle; ce facteur semble aussi s'apparenter à la fois indirectement à l'attribution interne et à la croyance C1 de nécessité d'avoir l'approbation d'autrui. Finalement, le facteur IX s'avère des plus importants puisqu'il s'adresse à la tendance à se perturber par l'évaluation négative de ses attributs personnels et de ses conditions de vie de façon à pouvoir faire

le lien avec la théorie cognitive de dépression plus directement. Les résultats au niveau de ces échelles additionnelles du RBI devraient permettre de discriminer entre les groupes et, selon les résultats, permettre aussi d'établir un lien avec d'autres cadres conceptuels.

Bref, le RBI a été ajouté aux tests car celui-ci présente des avantages distincts par rapport au BVRT en fonction de ses qualités psychométriques. De plus, les données additionnelles qui en ressortent vont permettre d'étudier plus en détail les résultats au IBT et de clarifier davantage si certaines hypothèses sont infirmées.

Le RBI (appendice M) comprends 37 items desquels sont dérivés 11 facteurs interprétables (sous forme d'échelles), qui expliquent 77% de la variance totale du test (Shorkey & Whiteman, 1977). La liste complète des échelles du RBI ainsi que leur signification est versée à l'appendice N, alors que les items qui correspondent à chaque facteur sont présentés à l'appendice O. Lors du développement du test, la consistance interne ("split-half") était significative ($r=0.73$) ainsi que la fiabilité test-retest pour une période de trois jours ($r=0.82$) et pour une période de dix jours ($r=0.71$) auprès d'un second groupe. En ce qui concerne la validité, les auteurs rapportent que les scores au test ont augmenté significativement chez un groupe de thérapeutes suite à la participation à des ateliers de TER. Thyer et Papsdorf (1981) ont établi la validité concomitante du RBI chez une population étudiante féminine; les corrélations négatives indiquent qu'avec l'accroissement de la rationalité les

scores de sévérité de dépression (Zung SDS) et d'anxiété ("State-Trait Anxiety Inventory") ont diminué. Des scores à l'échelle de locus de contrôle (Rotter, 1967), il ressort que la rationalité s'associe au locus interne. De plus, l'indice de validité ("cross-validation"), en comparaison avec les données au IBT, indique une relation significative ($p < 0.001$) et négative selon laquelle un moindre degré d'adhésion aux croyances irrationnelles correspondrait à un accroissement de comportements rationnels (Ray & Bak, 1980). Bref, le RBI, qui a d'ailleurs été utilisé dans plusieurs études depuis son développement, présentait des qualités psychométriques très adéquates.

Chapitre III

RESULTATS

Les analyses qui sont présentées dans cette section ont porté sur les résultats de 126 personnes, dont 42 dans chaque groupe. Bien que tous les questionnaires aient été complétés, certains items ont été omis, plus particulièrement au niveau du IBT et de certaines variables démographiques. Les items manquants au IBT sont comblés ici par la moyenne des scores au niveau de l'échelle en question de sorte que le score à l'échelle n'en soit pas réduit. Cependant, il est plus difficile de pallier dans le cas d'indices démographiques et certaines omissions n'ont pu être comblées à l'aide du dossier médical, surtout celles au niveau des variables de salaire et de revenu familial. Les statistiques ayant trait à ces variables sont donc basées sur un échantillon moindre, soit de 115 sujets pour la variable de salaire, et de 94 sujets pour le revenu familial.

La plupart des analyses univariées ont été réalisées à l'aide de programmes informatisés du système SPSS-X, y compris certaines des analyses multivariées, dont le regroupement par agglomération et l'analyse de variance multivariée. Les autres formes d'analyses multivariées proviennent du programme informatisé pour micro-ordinateur développé par le Dr. Daniel Coulombe (1984a, 1984b, 1985). Enfin certaines corrélations ont

do être calculées manuellement puisqu'aucun programme ne s'y prêtait; c'est le cas des coefficients de corrélation point-bisérial impliquant la variable dichotomique du sexe des sujets.

Validité des instruments et description de l'échantillon

Les analyses statistiques préliminaires qui seront présentées dans les prochaines sections, visent à s'assurer de la validité des instruments et à donner une description de l'échantillon. Il s'agit d'informations pertinentes pour attester de la validité des analyses multivariées subséquentes qui s'adressent aux hypothèses centrales. En premier lieu, il était important de réviser l'évidence en faveur de la validité de construit des instruments qui visaient l'évaluation de l'irrationalité et de la rationalité, c'est-à-dire le IBT et le RBI respectivement. Dans la seconde section, l'échantillon de sujets est décrit plus en détail selon les corrélations entre les variables alors que les groupes sont décrits par la suite selon les résultats à l'analyse de variance. Dans la troisième section, la validité des groupes est évaluée grâce à l'analyse de regroupement par agglomération et selon la correspondance entre le diagnostic et des catégories d'intensité de la dépression. Enfin, dans la dernière section, d'après les résultats de l'analyse de corrélation canonique, il est possible de sélectionner les variables les plus pertinentes à inclure dans l'analyse visant à déterminer le schéma de croyances associé à la dépression majeure.

Validité de construit du "Irrational Beliefs' Test" (IBT)

Il semble important d'évaluer d'abord si l'inventaire IBT se comporte comme prévu, soit en déterminant si les résultats de cette étude confirment la validité de l'instrument. Les résultats seront comparés aux résultats obtenus lors du développement des tests et lors des études psychométriques antérieures dans le contexte de la discussion.

Des coefficients de corrélation de Pearson ont été calculés afin de déterminer les relations entre les échelles du IBT et d'autres indices de rationalité/irrationalité et d'évaluer la validité de construit, convergente et divergente. L'homogénéité demeure l'indicateur de validité convergente le plus pertinent à considérer parce que la validité de contenu est clairement documentée (Jones, 1968). Le coefficient alpha de Cronbach entre les croyances du IBT était élevé ($r=0.691$), ce qui atteste de l'homogénéité. Également, les corrélations entre les échelles du IBT et le degré d'irrationalité total (selon le IBT) sont ressorties significatives pour toutes les croyances irrationnelles. Ces coefficients de corrélation sont présentés au tableau 4, ainsi que les autres corrélations pertinentes à la validité de construit convergente, divergente et concomitante.

En ce qui concerne la validité divergente, les croyances présentent également des corrélations négatives avec le niveau de rationalité (total au RBI) dont plusieurs sont significatives. Les coefficients au tableau 4 indiquent que 8 des 10 croyances du test d'irrationalité présentent une corrélation négative

Tableau 4

Corrélations à l'appui de la validité de construit convergente, divergente et concomitante.

Echelles au IBT	<u>Validité convergente</u>	<u>Validité divergente</u>	<u>Validité concomitante</u>		
	total au IBT	total au RBI	BDI	Anxiété actuelle	Anxiété habit.
Croyance #1 Approbation sociale	0.7538 (.001)	-0.5746 (p=.001)	0.4524 (p<.001)	0.4462 (p<.001)	0.5965 (p<.001)
Croyance #2 Compétence absolue nécessaire	0.6429 (.001)	-0.3854 (p<.001)	0.1566 (p=.04)	0.2389 (p=.004)	0.4001 (p<.001)
Croyance #3 Tendance au blâme	0.2575 (.002)	-0.1734 (p=.026)	-0.1384	-0.0222	-0.1108
Croyance #4 Intolérance de la frustration	0.6678 (.001)	-0.2822 (p=.001)	0.4042 (p<.001)	0.4362 (p<.001)	0.4971 (p<.001)
Croyance #5 Irresponsabilité émotionnelle	0.4648 (.001)	-0.0507	0.2960 (p<.001)	0.2955 (p<.001)	0.2264 (p=.005)
Croyance #6 Souci et anxiété indues face au futur	0.7194 (.001)	-0.5102 (p<.001)	0.5564 (p<.001)	0.5816 (p<.001)	0.6798 (p<.001)
Croyance #7 Evitement des problèmes	0.4634 (.001)	-0.2397 (p=.003)	0.1447	0.1643 (p=.033)	0.2479 (p=.003)
Croyance #8 Dépendance	0.2148 (.008)	-0.0844	-0.0939	0.0170	0.0318
Croyance #9 Déterminisme du passé	0.6397 (.001)	-0.6202 (p<.001)	0.4265 (p<.001)	0.4692 (p<.001)	0.5536 (p<.001)
Croyance #10 Perfectionnisme	0.1751 (.025)	-0.6173 (p<.001)	-0.0136	0.0140	0.0397

significative avec le niveau de rationalité. De plus, le niveau de rationalité (total au RBI) et le degré d'irrationalité (total au IBT) présentent une forte corrélation négative entre eux ($r = -0.6168$; $p < 0.001$) de sorte que la majorité des indices viennent corroborer la validité divergente des résultats au IBT.

Au tableau 4 sont aussi présentés des indices de validité concomitante, soit les coefficients de corrélation entre les cotations aux croyances irrationnelles et le degré de perturbation émotionnelle selon l'intensité de la dépression (BDI), le taux actuel d'anxiété ("state anxiety") et le taux habituel d'anxiété ("trait anxiety"). En ce qui concerne la corrélation avec le BDI, des coefficients de corrélation significatifs sont ressortis au niveau de toutes les croyances sauf la troisième, la septième, la huitième et la dixième croyance. Les coefficients significatifs sont tous positifs, ce qui vient attester de la validité concomitante du IBT; l'adhésion aux croyances irrationnelles est directement reliée à l'intensité de la dépression. D'autre part, parmi les coefficients de corrélation entre les variables d'anxiété et les croyances irrationnelles au IBT, plusieurs sont ressortis significatifs et positifs. En effet, toutes les croyances sont corrélées au taux actuel d'anxiété sauf pour la troisième, la huitième et la dixième croyance. Le taux habituel d'anxiété présente des corrélations positives avec ce même ensemble de croyances irrationnelles bien que, pour la plupart, les coefficients soient plus élevés. Enfin, les corrélations entre les indices de perturbation émotionnelle (totaux) et le degré d'irrationalité

(IBT) sont importantes. Le degré d'irrationalité est directement relié à l'intensité de la dépression, $r=0.4566$, $p<.001$. Le degré d'irrationalité au IBT est aussi directement corrélé au taux d'anxiété actuel ($r=0.5405$, $p<.001$) et au taux d'anxiété habituel ($r=0.6452$, $p<.001$). Globalement il s'agit de données qui confirment encore davantage la validité concomitante des données du IBT.

En résumé, les corrélations significatives qui ont été présentées dans cette section indiquent que l'inventaire IBT se comporte de façon valide. L'irrationalité est directement reliée aux cotations des croyances irrationnelles. D'autre part, l'irrationalité et les croyances sont négativement reliées au taux de rationalité et directement corrélées avec la perturbation émotionnelle, que ce soit sous forme de dépression (BDI) ou d'anxiété (STAI). Il ne semble donc pas y avoir de doutes raisonnables à propos de la validité de cet instrument; au contraire, l'évidence présentée témoigne de la validité convergente, divergente et concomitante du IBT.

Validité de construit du "Rational Behavior Inventory" (RBI)

La validité convergente de l'inventaire RBI est étayée par de fortes corrélations entre les échelles et le total au test. En effet, toutes les échelles sont directement corrélées ($p<.001$) avec le niveau de rationalité total, ce qui atteste de la validité convergente, à l'exception de la huitième échelle. Egalement, le coefficient alpha de Cronbach au niveau des échelles du RBI (indicateur d'homogénéité) est élevé, $r=0.7561$.

Outre la corrélation inverse entre le RBI et le degré d'irrationalité au IBT mentionnée dans la section précédente, les échelles du RBI présentent aussi d'autres indices de validité divergente. En effet, certaines des échelles au RBI sont analogues aux croyances du IBT; ces échelles sont en corrélation inverse avec les croyances analogues au IBT puisque cet instrument vise à évaluer l'irrationalité. Ainsi, la première échelle au RBI représente l'inverse de la quatrième croyance du IBT tel qu'en témoigne le coefficient de corrélation inverse significatif, $r = -0.3704$, $p < .001$, qui décrit le lien entre ces deux variables. Egalement la sixième échelle au RBI est en corrélation inverse avec la troisième croyance, $r = -0.3381$, $p < .001$, et la septième échelle est en corrélation inverse avec la septième croyance, $r = -0.3354$, $p < .001$.

La validité concomitante du RBI est aussi renforcée par les résultats des corrélations. En effet, le niveau de rationalité total est inversement relié à plusieurs mesures de perturbation émotionnelle, dont l'intensité de la dépression au BDI, $r = -0.4772$, $p < .001$, le taux actuel d'anxiété, $r = -0.4387$, $p < .001$, et le taux habituel d'anxiété, $r = -0.5985$, $p < .001$. Considérant cette évidence en faveur de la validité concomitante du RBI, il devient apparent que l'instrument présente des caractéristiques psychométriques adéquates en ce qui concerne la validité de construit convergente, divergente et concomitante.

Description de l'échantillon

Ayant confirmé que les tests ont fourni un rendement

adéquat, des matrices de coefficients de corrélation de Pearson ("Pearson Product Moment Correlation") ont été calculées pour permettre une première description des résultats. Le lien entre les totaux aux variables dépendantes et les variables démographiques a été étudié d'abord afin d'évaluer la validité apparente des résultats et la représentativité de l'échantillon. Il s'agit d'une part des variables démographiques de l'âge, du salaire, du revenu familial et du degré de scolarité, et d'autre part, des variables dépendantes du degré d'irrationalité (total au IBT), du degré de rationalité (total au RBI), de l'intensité de la dépression (total au BDI), du taux actuel d'anxiété et du taux habituel d'anxiété. Des coefficients de corrélation point-bisérial ont été calculés entre la variable dichotomique du sexe et les autres variables. Toutefois, les corrélations impliquant la variable de groupe n'ont pu être calculées, puisqu'on ne dispose actuellement d'aucune méthode corrélationnelle qui soit appropriée pour le traitement des données d'une variable nominale dont la distribution sous-jacente n'est pas continue. Au tableau 5 sont inscrites les paires de variables qui sont significativement corrélées alors que la matrice totale de corrélations figure en appendice P.

L'examen des corrélations entre les variables démographiques permet d'abord d'évaluer les liens entre ces diverses variables descriptives. Des corrélations significatives positives sont ressorties entre les variables d'âge et de salaire, les variables d'âge et de revenu familial, les variables de revenu familial et de salaire, les variables de revenu

Tableau 5

Corrélations significatives entre les variables dépendantes et les variables démographiques.

=====

Matrice de corrélation des variables démographiques

Age-salaire:	0.2305	(p=.007)
Age-revenu familial:	0.2015	(p=.025)
Sexe-salaire:	0.3039*	(p<.05)
Salaire-rev. familial:	0.3175	(p=.001)
Salaire-scolarité:	0.4496	(p=.001)
Revenu familial-scolarité:	0.3755	(p=.001)

Matrice de corrélation des totaux aux variables dépendantes

BDI-IBT:	0.4566	(p=.001)
BDI-RBI:	-0.4772	(p=.001)
BDI-anxiété actuelle:	0.6889	(p=.001)
BDI-anxiété habituelle:	0.7044	(p=.001)
IBT-RBI:	-0.6173	(p=.001)
IBT-anxiété actuelle:	0.5405	(p=.001)
IBT-anxiété habituelle:	0.6452	(p=.001)
RBI-anxiété actuelle:	-0.4387	(p=.001)
RBI-anxiété habituelle:	-0.5985	(p=.001)
Anxiété actuelle-habit.	0.7305	(p=.001)

Matrice des intercorrélations de ces deux ensembles de variables

Age-IBT:	-0.2191	(p=.007)
Sexe-anxiété habituelle:	0.1576	(p<.05)
salaire-IBT:	-0.2246	(p=.008)
salaire-RBI:	0.3043	(p=.001)
salaire-anxiété actuelle:	-0.1684	(p=.036)
salaire-anxiété habituelle:	-0.2772	(p=.001)
revenu familial-IBT:	-0.1930	(p=.03)
revenu familial-RBI:	0.2709	(p=.004)
rev.fam.-anxiété actuelle:	-0.2610	(p=.005)
rev.fam.-anx. habituelle:	-0.2681	(p=.004)
scolarité-RBI:	0.2670	(p=.001)
scol.-anxiété habituelle:	-0.1662	(p=.031)

=====

* coefficient de corrélation point-bisérial.

familial et d'années de scolarité et les variables de salaire et d'années de scolarité. Une corrélation est apparue entre la variable de sexe et le salaire, selon laquelle les salaires plus élevés seraient associés au sexe masculin.

Les coefficients de corrélation des variables dépendantes entre elles sont tous ressortis significatifs. Tel que mentionné dans la section précédente, des corrélations positives se retrouvent entre le total au IBT et les variables de l'intensité de la dépression selon le BDI, du taux habituel d'anxiété et du taux actuel d'anxiété. D'autre part, la variable du taux actuel d'anxiété présente une corrélation positive avec les variables d'intensité de la dépression et d'anxiété habituelle, alors que la variable du taux d'anxiété habituel est directement reliée à l'intensité de la dépression. Des corrélations négatives se retrouvent entre le niveau de rationalité au RBI et toutes les autres variables dépendantes, soit le niveau d'irrationalité, l'intensité de la dépression au BDI, le taux d'anxiété habituel et le taux d'anxiété actuel.

Finalement, plusieurs variables démographiques sont significativement corrélées aux variables dépendantes. Des coefficients de corrélation positifs définissent la relation entre la variable du degré de rationalité (total au RBI) et les variables de salaire, de revenu familial et de scolarité. La variable du taux d'anxiété habituel est aussi directement reliée à la variable du sexe, les taux d'anxiété plus élevés étant caractéristiques du sexe féminin. Parmi les corrélations négatives significatives, se retrouvent les corrélations entre

l'âge et le degré d'irrationalité au IBT ainsi qu'entre les années de scolarité et le taux d'anxiété habituel. Aussi la variable du salaire est inversement reliée aux variables du degré d'irrationalité, du taux d'anxiété habituel et du taux d'anxiété actuel, alors que la variable de revenu familial est inversement corrélée avec le degré d'irrationalité, à l'anxiété habituelle et à l'anxiété actuelle.

En résumé, parmi les corrélations observées, plusieurs se sont avérées significatives et certaines tendances se dégagent. Des corrélations entre les variables démographiques, il ressort que le revenu et le salaire augmentent avec l'âge et avec le degré de scolarité et que les sujets masculins ont des salaires plus élevés. Les corrélations entre les variables dépendantes indiquent que l'irrationalité (IBT) est directement reliée à la perturbation émotionnelle (BDI, STAI) alors que la rationalité (RBI) y est inversement reliée; par ailleurs, les indices de perturbation émotionnelle présentent des corrélations élevées entre eux. Enfin des corrélations entre les variables démographiques et les totaux des variables dépendantes, il se dégage que globalement l'irrationalité et le taux d'anxiété sont inversement reliés aux variables de l'âge, du salaire et du revenu familial alors que la corrélation entre la rationalité et ces mêmes variables est positive.

Description des groupes

L'analyse de variance à une dimension des variables démographiques et des totaux aux variables dépendantes a été

réalisée avec la variable indépendante du groupe des sujets. Ces analyses devaient servir à dégager les différences significatives entre les groupes au niveau des variables dépendantes et à décrire les groupes puisqu'aucune méthode de corrélation n'était applicable à cette variable. Le tableau 6 illustre les moyennes de chaque groupe aux totaux des variables dépendantes ainsi que les rapports F et le résultat des tests Newman-Keuls de comparaison multiple. Dans ce tableau et dans les tableaux à venir, les groupes seront identifiés par des numéros: le groupe 1 représente le groupe de patients souffrant de dépression majeure, le groupe 2 réfère au groupe contrôle de patients psychiatriques non déprimés (ou groupe contrôle psychiatrique), alors que le groupe 3 représente le groupe contrôle de sujets normaux non déprimés (ou groupe contrôle normal).

Des différences significatives sont apparues entre les groupes pour les variables d'intensité de la dépression (total au BDI), du degré d'irrationalité (total au IBT), du niveau de rationalité (total au RBI), du taux actuel d'anxiété, et du taux habituel d'anxiété. Les résultats ont ensuite été soumis à un test de comparaison multiple selon la formule établie par Newman-Keuls, et plusieurs différences significatives sont apparues. Au niveau de l'intensité de la dépression (BDI), le groupe de patients déprimés présente un score significativement plus élevé que le groupe contrôle normal, $W(3,123)=4.515$, $p<.01$, et que le groupe contrôle psychiatrique, $W(2,123)=3.978$, $p<.01$, alors que le groupe contrôle psychiatrique présente un score

Tableau 6

Moyennes des totaux aux variables dépendantes pour chaque groupe, rapports F et comparaisons significatives entre les moyennes.

Totaux aux variables dépendantes	Moyennes des groupes			F	p	Comparaisons significatives test Newman-Keuls
	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3			
Intensité de dépression (total au BDI)	26.36	10.45	5.17	105.31	.001	Gpe 1 > Gpe 2** Gpe 2 > Gpe 3** Gpe 1 > Gpe 3**
Degré d'irrationalité (total au IBT)	315.8	298.4	278.1	16.28	.001	Gpe 1 > Gpe 2** Gpe 2 > Gpe 3** Gpe 1 > Gpe 3**
Niveau de rationalité (total au RBI)	18.5	19.64	25.83	23.58	.001	Gpe 1 < Gpe 3** Gpe 2 < Gpe 3**
Anxiété actuelle	54.52	42.02	32.12	45.45	.001	Gpe 1 > Gpe 2** Gpe 2 > Gpe 3** Gpe 1 > Gpe 3**
Anxiété habituelle	56.62	45.36	34.02	60.98	.001	Gpe 1 > Gpe 2** Gpe 2 > Gpe 3** Gpe 1 > Gpe 3**

significativement plus élevé que le groupe contrôle normal, $W(2,123)=3.978$, $p<.01$.

D'autre part, le degré d'irrationalité est plus élevé chez le groupe de patients déprimés que chez le groupe contrôle psychiatrique, $W(2,123)=17.3$, $p<.01$, et que chez le groupe contrôle normal, $W(3,123)=19.6$, $p<.01$. Ce groupe contrôle psychiatrique manifeste aussi un degré d'irrationalité plus élevé que le groupe contrôle normal, $W(2,123)=17.3$, $p<.01$. Au niveau du degré de rationalité (RBI), le groupe contrôle normal rapporte significativement plus de comportements rationnels que le groupe de patients déprimés, $W(3,123)=3.56$, $p<.01$, et que le groupe contrôle psychiatrique, $W(2,123)=3.13$, $p<.01$. Toutefois les deux groupes de patients demeurent comparables au niveau de la variable du taux de rationalité.

Enfin, les deux mesures du taux d'anxiété présentent des différences significatives qui se retrouvent entre toutes les paires de moyennes comparées. A la variable du taux actuel d'anxiété, le groupe de patients déprimés présente une moyenne significativement plus élevée que le groupe contrôle psychiatrique, $W(2,123)=6.16$, $p<.01$, et que le groupe contrôle normal, $W(3,123)=6.99$, $p<.01$. D'autre part, le groupe contrôle psychiatrique présente une moyenne plus élevée à cette variable que le groupe contrôle normal, $W(2,123)=6.16$, $p<.01$. Au niveau de la variable du taux d'anxiété habituel, les sujets déprimés présentent une moyenne significativement plus élevée que le groupe contrôle psychiatrique, $W(2,123)=5.35$, $p<.01$, et que le groupe contrôle normal, $W(3,123)=6.08$, $p<.01$. Le groupe contrôle

psychiatrique présente une moyenne plus élevée à cette variable que le groupe contrôle normal, $W(2,123)=5.35$, $p<.01$.

Globalement, les groupes semblent se comporter comme prévu au niveau des variables d'irrationalité/rationalité et de l'intensité de la dépression. Les variables du taux d'anxiété présentent des différences significatives au niveau de toutes les comparaisons entre groupes, alors qu'il y aurait eu lieu de s'attendre à davantage de similitude entre les groupes de patients (déprimés et contrôle) au niveau de ces variables étant donné la présence de désordres d'anxiété au sein du groupe contrôle psychiatrique. Il suffit de prendre note pour l'instant de ces résultats; les conséquences seront abordées plus en détail lors de la discussion.

Distribution des sujets dans les groupes

La variable des groupes a été établie d'après des critères rigoureux qui étaient appropriés aux divers groupes; ainsi, le groupe normal était évalué avec le CES-D alors que les critères diagnostiques étaient appliqués aux patients. Le "Beck Depression Inventory" ayant été administré à tous les sujets, il est possible cependant d'examiner la correspondance entre l'intensité de la dépression et les groupes. A cette fin, une analyse de regroupement par agglomération ("cluster analysis") a été entreprise en utilisant la variable d'intensité de la dépression (total au BDI) pour le calcul des similitudes. Le nombre d'agglomérats a été restreint à deux afin d'évaluer si les sujets peuvent être classifiés correctement selon une polarité

déprimé/non déprimé. En vertu des multiples controverses quant aux méthodes à employer pour le calcul des proximités, les options standards du programme d'analyse de regroupement par agglomération de SPSS-X ont été utilisées; il s'agit de l'agglomération selon le lien moyen entre les groupes ("average linkage between groups") et le calcul des distances selon la mesure de distance euclidienne au carré (somme des carrés des différences entre les scores au BDI). A noter que l'avantage majeur de cette méthode d'agglomération est que celle-ci tient compte des distances entre toutes les paires de sujets qu'il est possible de former, avec un sujet provenant de chaque agglomérat, et ce, à chaque étape d'agglomération, pour en faire une moyenne des distances.

Les résultats de cette analyse de regroupement par agglomération indiquent que les deux groupes formés comportent 48 sujets dans le premier agglomérat et 78 dans le deuxième. Le premier agglomérat présente un centroïde de 26.3 au BDI alors que le second centroïde est de 6.4. Le tableau 7 illustre la fréquence de sujets inclus dans chacun des deux agglomérats selon le groupe "diagnostique" dont ils proviennent, soit le groupe de sujets déprimés (groupe 1), le groupe contrôle psychiatrique (groupe 2) ou le groupe contrôle normal (groupe 3). Les moyennes des variables dépendantes et de certaines variables démographiques sont inscrites pour chaque case ainsi que la fréquence pour la variable du sexe des sujets.

Trente-huit sujets du groupe de sujets déprimés ont été inclus dans le premier agglomérat, alors que seulement 9 sujets

Tableau 7

Fréquence des sujets selon le groupe et selon l'agglomérat et les moyennes aux variables dépendantes pour chaque case.

Agglomérats	Groupes de sujets		
	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
<hr/>			
<u>Agglomérat 1</u>			
<u>des sujets déprimés</u>			
Fréquence	38	9	1
Fréquence de chaque sexe	15 hommes 23 femmes	3 hommes 6 femmes	1 homme
Moyennes aux variables démographiques	âge: 36 salaire: 18,650 revenu: 37,900 scolarité: 12.8	âge: 35 salaire: 8,380 revenu: 12,400 scolarité: 11	âge: 28 salaire: 42,000 revenu: 42,000 scolarité: 16
Variables dépendantes	BDI: 27.8 IBT: 319.1 RBI: 18 Anxiété actuelle: 54.9 habituelle: 52.7	BDI: 19.9 IBT: 307.8 RBI: 14.1 Anxiété actuelle: 48 habituelle: 51.7	BDI: 27 IBT: 294 RBI: 15 Anxiété actuelle: 46 habituelle: 44
<hr/>			
<u>Agglomérat 2</u>			
<u>des sujets non déprimés</u>			
Fréquence	4	33	41
Fréquence de chaque sexe	4 femmes	18 hommes 15 femmes	13 femmes 28 femmes
Moyennes aux variables démographiques	âge: 46 salaire: 9,000 revenu: 85,670 scolarité: 11.2	âge: 34 salaire: 18,660 revenu: 39,330 scolarité: 12.1	âge: 28 salaire: 22,770 revenu: 43,970 scolarité: 13.4
Variables dépendantes	BDI: 13 IBT: 285 RBI: 18.5 Anxiété actuelle: 50.7 habituelle: 52.8	BDI: 7.9 IBT: 295.8 RBI: 21.2 Anxiété actuelle: 40.4 habituelle: 43.6	BDI: 4.6 IBT: 277.7 RBI: 26.1 Anxiété actuelle: 31.8 habituelle: 33.8
<hr/>			

du groupe contrôle psychiatrique et 1 sujet du groupe contrôle normal y sont inclus. D'autre part, le second agglomérat comporte presque uniquement des sujets du groupe contrôle psychiatrique (n=33) et du groupe contrôle normal (n=41); 4 patients déprimés y sont inclus seulement. La classification statistique de l'analyse de regroupement par agglomération en des groupes distincts (déprimés/non déprimés) semble donc correspondre globalement avec les groupes établis selon le diagnostic et les résultats au IDD, à quelques exceptions près. Les caractéristiques démographiques de ces dissidents(es) sont présentées, mais il est important de noter qu'il ne s'agit que d'observations; la signification des différences entre les cases (au tableau 7) ne peut être évaluée, étant donné le petit nombre de sujets, qui ne justifie pas l'emploi de statistiques inférentielles.

Des sujets du groupe de patients déprimés, 4 femmes se sont retrouvées dans le second agglomérat. Ces femmes sont en moyenne plus âgées que les sujets du même groupe qui s'apparentent au premier agglomérat et ont un salaire moyen moindre ainsi qu'un niveau de scolarité plus bas, bien qu'elles bénéficient d'un revenu familial moyen plus élevé. De l'examen des résultats de ces sujets, il ressort que l'intensité de la dépression qu'elles rapportent (total au BDI) est de beaucoup inférieure à celle des sujets du premier agglomérat. Egalement, ces dissidentes semblent manifester moins d'irrationalité (total au IBT) et d'anxiété actuelle que les sujets du premier agglomérat et elles présentent un plus haut degré de rationalité

(total au RBI).

D'autre part, 9 sujets du groupe contrôle psychiatrique se sont retrouvés dans le premier agglomérat, soit 6 femmes et 3 hommes. Bien que leur âge moyen soit comparable à celui du reste du groupe 2, ils rapportent un salaire moyen moindre, un niveau de scolarité un peu plus bas et un revenu moyen inférieur à celui du reste du groupe. Ces dissidents rapportent des signes de dépression plus sévère (au BDI) que leurs homologues du même groupe faisant partie du second agglomérat. Egalement le degré d'irrationalité (au IBT), le taux d'anxiété actuel et le taux d'anxiété habituel sont tous plus élevés chez le groupe de dissidents que chez le reste du groupe associé au second agglomérat. Le niveau de rationalité moyen (total au RBI) semble inférieur chez le groupe de dissidents lorsque comparé à la moyenne du reste du groupe à cette variable.

Un seul sujet du groupe contrôle normal a été regroupé avec les membres de l'agglomérat 1. Il s'agit d'une personne qui se distingue des autres sujets normaux par son score élevé au BDI, ce qui indique une intensité de la dépression plus sévère. Le score de ce sujet au CES-D était à peine inférieur au point critique de 17, ce pourquoi il a été inclu dans le groupe contrôle normal. Toutefois, il diffère des autres sujets normaux à plusieurs égards, entre autres en rapportant un niveau d'irrationalité (total du IBT) plus élevé, ainsi qu'un taux d'anxiété actuel et un taux d'anxiété habituel supérieurs. Réciproquement, le degré de rationalité (RBI) que rapporte ce sujet est inférieur à la moyenne du reste de ce groupe ($M=26.1$).

Globalement, ce sujet est davantage éduqué et reçoit un salaire plus élevé que la moyenne des sujets normaux, quoique son revenu familial soit près de la moyenne du groupe.

Dans l'ensemble, les résultats à l'analyse de regroupement par agglomération confirment la classification diagnostique (selon le clivage déprimé/non déprimé) puisque le nombre de dissidents demeure faible. Cette procédure ne prend cependant pas en considération la valeur clinique des scores au BDI de sorte que la signification de l'intensité de la dépression est obscurcie dans le processus. Par ailleurs, certains critères relatifs à l'intensité de la dépression peuvent permettre de préciser la signification clinique des scores pour ensuite permettre de comparer la répartition des sujets dans chaque groupe. Le tableau 8 illustre la correspondance entre la variable de groupe et les résultats au BDI scindés en quatre catégories cliniques d'intensité de la dépression tel que suggéré par Shaw, Valis et McCabe (1985).

D'après le tableau 8, peu d'individus (n=4) du groupe de patients déprimés rapportent une faible intensité de la dépression, la plupart se situant dans les catégories d'intensité modérée (n=14) ou sévère (n=24). D'autre part, les sujets du groupe contrôle normal se retrouvent en grande majorité dans la catégorie d'absence de dépression (n=35) ou de faible intensité (n=6); seulement un sujet rapporte un niveau de dépression sévère. Enfin, les patients du groupe contrôle psychiatrique semblent tout de même présenter davantage de symptômes dépressifs que les sujets normaux, bien que ces

Tableau 8

Distribution des sujets selon le groupe et selon la catégorie d'intensité de dépression (Shaw, Valis et McCabe, 1985).

Catégories d'intensité de dépression	Groupe 1 Patients déprimés	Groupe 2 contrôle hospitalier	Groupe 3 contrôle normal
Absence ou très faible intensité de dépression (score 0-9)	0	20	35
Faible intensité de dépression (score 10-15)	4	12	6
Intensité de dépression modérée (score 16-22)	14	9	0
Intensité de dépression sévère (score 23 et +)	24	1	1

symptômes ne s'apparentent pas au syndrome de dépression majeure du DSM-III (résultat négatif au IDD). En effet, si 20 patients du groupe contrôle présentent peu, sinon aucune dépression, les autres rapportent davantage de signes dépressifs: 12 patients manifestent une faible intensité de la dépression, 9 autres une intensité modérée et 1 seul indique des signes suffisamment nombreux et intenses pour justifier de l'inclure dans la catégorie de dépression sévère. La distinction par groupes cliniques permet donc de clarifier les résultats à l'analyse de regroupement par agglomération et aussi de corroborer la véracité des groupes. La catégorisation des sujets selon les divers groupes semble concorder suffisamment avec les scores d'intensité de la dépression pour justifier que cette variable demeure intacte et que la répartition des sujets à travers les groupes soit conservée.

Identification des variables pertinentes à l'analyse multivariée

En vertu du grand nombre de variables et de covariables dans l'étude, une première analyse de corrélation canonique a été entreprise de façon à faire un tri initial et à éliminer les variables qui contribuent peu à la variable de dépression. En effet certaines des covariables, plus spécifiquement certaines parmi les variables démographiques, présentent des corrélations plus faibles avec les variables de dépression (BDI et groupe) de sorte que leur rôle prédictif puisse s'avérer négligeable. Cette analyse implique l'ensemble des variables dépendantes de mesure de la dépression: l'intensité de la dépression selon les scores

au BDI ainsi que la variable du groupe qui est scindée en deux variables dichotomiques représentant le groupe de patients déprimés et le groupe contrôle psychiatrique. La dichotomisation de la variable de groupe est nécessaire afin d'interpréter le sens des coefficients de structure, soit en fonction de la dépression (groupe 1) ou du groupe 2. L'ensemble des variables indépendantes comprend les indices du taux d'anxiété (anxiété actuelle, anxiété habituelle), les croyances irrationnelles selon les échelles au IBT, le degré d'irrationalité et les variables démographiques pertinentes à la dépression, soit l'âge, le sexe, le salaire, le revenu familial et le degré de scolarité.

De l'analyse de corrélation canonique (appendice Q), il est ressorti trois racines latentes dont les deux premières sont significatives. De ces deux fonctions, seule la première a été retenue ici puisque la variable canonique de cette fonction présente une forte corrélation avec les variables dépendantes de dépression (BDI, groupe 1) et une faible corrélation avec la variable du groupe 2, alors que la deuxième variable canonique est reliée surtout au groupe 2. Donc, la première fonction est non seulement la plus significative, mais celle-ci représente le mieux le facteur de dépression.

L'examen des coefficients de structure de cette variable canonique révèle d'abord que le groupe des variables démographiques contribue peu à la variable canonique Y'1 puisque les coefficients variaient entre -0.02 et -0.18. Une comparaison de la valeur prédictive de l'analyse avec et sans l'apport des variables dites démographiques, a été réalisée ensuite de façon à

évaluer leur rôle et à décider si celles-ci pouvaient être exclues du reste des analyses sans affecter vraisemblablement le pouvoir de prédiction. Les résultats complets des deux analyses sont rapportés à l'appendice D. Au tableau 9 sont inscrits le coefficient de détermination et les indices du premier ensemble de variables canoniques significatives lorsque les variables démographiques sont incluses (Y'1), puis lorsque celles-ci sont exclues (Y'2). Les coefficients de corrélation entre les variables originales (X) et la variable composite prédite (X') sont inscrits dans ce tableau également.

Les résultats au tableau 9 indiquent que la première corrélation canonique impliquant toutes les variables est significative, et que la seconde racine latente (Y2) est également significative, même en ayant exclu l'apport des variables démographiques du sexe, de l'âge, du salaire, du revenu familial et de la scolarité. Il y a aussi peu de différence au niveau de la valeur prédictive des coefficients de corrélation canonique produits: celle-ci s'avère de 0.86 lorsque les variables démographiques sont incluses (Y1) et de 0.85 lorsque celles-ci sont exclues (Y2). Ces coefficients indiquent en effet que la qualité de la prédiction reste similaire et relativement élevée dans les deux cas. De plus, le pourcentage de variabilité de l'ensemble Y (variables de dépression) expliqué par l'équation linéaire de l'ensemble X (variables démographiques, croyances irrationnelles et indices d'anxiété) reste similaire même après l'omission des variables démographiques, soit de 73.9% pour Y1 et de 71.6% pour Y2. En résumé, il semble donc que la nature de la

Tableau 9

Résultats principaux de l'analyse de corrélation canonique
avec et sans les variables démographiques.

	Racine canonique Y'1 (+ données démographiques)	Racine canonique Y'2
R canonique	0.8596	0.8461
R canonique	0.7389	0.716
X	197.78	177.95
d.l.	54	39
% trace	68.03	74.48

Coefficients de corrélation multiple

Variabiles	X'1	X'2
Sexe	-0.0557	
Age	-0.0317	
Salaire	-0.2089	
Revenu familial	-0.2115	
Scolarité	-0.1302	
Croyance #1	0.6067	0.6151
Croyance #2	0.1913	0.1965
Croyance #3	-0.2043	-0.2059
Croyance #4	0.4383	0.4471
Croyance #5	0.2904	0.2979
Croyance #6	0.7103	0.7223
Croyance #7	0.1435	0.1455
Croyance #8	-0.0182	-0.0222
Croyance #9	0.5771	0.5820
Croyance #10	0.0749	0.0733
Total au IBT	0.5767	0.5858
Anxiété actuelle	0.8371	0.8518
Anxiété habituelle	0.8892	0.9038

corrélation canonique entre l'ensemble X et l'ensemble Y demeurent comparables même après omission des variables démographiques.

L'examen des corrélations entre les variables de l'ensemble X et la variable canonique X' permet d'établir que les coefficients de corrélation entre la variable canonique (soit X'1 ou X'2) et le groupe des variables démographiques sont faibles, variant entre 0.03 et 0.21, ce qui indique que les variables démographiques contribuent peu à la fonction. De refaire l'analyse sans les variables démographiques affecte peu les corrélations entre les autres variables (croyances irrationnelles et anxiété) et la variable canonique, ce qui confirme que celles-ci jouent un rôle négligeable. A la partie inférieure du tableau 9 sont inscrits les coefficients de corrélation multiple entre les variables X et la variable canonique X'1 qui tiennent compte des données démographiques, ainsi que les corrélations entre les variables X et la variable canonique X'2 qui ne tiennent pas compte des variables démographiques. Bien que les coefficients de corrélation entre les variables X (croyances irrationnelles, indices d'anxiété) et la variable X'1 soient plus élevés que ceux qui caractérisent le lien avec la variable X'2, ces différences sont très minimes; l'omission des variables démographiques ne semble pas beaucoup affecter la fonction à ce niveau aussi.

En résumé, la première fonction significative est celle qui représente le mieux la variable de dépression, tel qu'indiqué par la corrélation forte entre la variable représentant le groupe

de patients déprimés et cette fonction. De plus, les variables démographiques ne semblent pas beaucoup contribuer à cette fonction de sorte qu'il semble justifié de les exclure du reste des analyses à ce point-ci.

Schème de croyances irrationnelles
associé à la dépression majeure

Le problème central consiste à délimiter le schème de croyances irrationnelles dans la dépression majeure. Cependant, il était aussi prévu (p.52) d'explorer le rôle de la variable sexe, plus spécifiquement les différences dues au sexe dans le schème de croyance. Un modèle factoriel à deux dimensions a donc été adopté afin de déterminer les différences significatives entre les moyennes, selon le groupe et selon le sexe. Une analyse de variance multivariée des dix croyances irrationnelles selon ces deux dimensions a été réalisée grâce au programme MANOVA à deux dimensions du système SPSS-X. Les résultats de cette analyse sont présentés à l'appendice R, soit les résultats selon les diverses façons de calculer une approximation du rapport F qui sont disponibles avec SPSS-X. Pour les fins de la présentation des résultats, la méthode de la trace de Pillai est retenue puisqu'avec plusieurs dimensions celle-ci s'avère l'indice le plus puissant pour détecter des différences significatives réelles ainsi que le plus robuste aux transgressions des présupposés statistiques fondamentaux.

De l'analyse de variance multivariée à deux dimensions selon le groupe et le sexe, il ressort des différences significatives entre les moyennes des trois groupes, des différences qui sont attribuables uniquement à la variable groupe selon la trace de Pillai, $F(20,224)=4.28$, $p<0.001$. De plus, les différences significatives pour la variable groupe ressortent indépendamment de la méthode de calcul de l'approximation du rapport F . Selon la trace de Pillai, aucune différence significative entre les moyennes n'est ressortie pour la variable du sexe, $F(10,111)=0.54$, $p=0.86$; ou pour l'interaction sexe par groupe, $F(20,224)=1.3$, $p=0.17$. Ces résultats non significatifs sont valables également dans le cas des autres formes de calcul du rapport F (voir appendice R).

Une analyse de variance multivariée à deux dimensions selon le groupe et le sexe a aussi été faite avec les données au RBI. Il s'en dégage des différences significatives ici aussi entre les moyennes des trois groupes, et celles-ci sont attribuables uniquement à la variable de groupe selon la trace de Pillai, $F(22,222)=2.52$, $p<0.001$. Les différences significatives pour la variable groupe ressortent indépendamment de la méthode de calcul de la statistique approximant une distribution F . Toujours d'après la trace de Pillai, aucune différence significative n'apparaît entre les moyennes de la variable de sexe, $F(11,110)=0.66$, $p=.78$; ou entre les cellules de l'interaction sexe par groupe, $F(22,222)=1.26$, $p=.21$, aucune qui ne soit due à l'effet de la variable de groupe. Les résultats non significatifs calculés d'après les autres méthodes sont

présentés à l'appendice S.

Schéme de croyances irrationnelles selon le IBT

Afin de déterminer le schéma de croyances dans la dépression majeure, les données ont ensuite été soumises à l'analyse discriminante, avec la variable de groupe comme variable à discriminer; en effet, seule la variable du groupe présente des différences significatives à l'analyse de variance multivariée. Les variables dépendantes incluses dans cette analyse comprennent seulement les croyances irrationnelles représentées par les dix échelles du IBT; les données du test de rationalité (RBI) ayant été traitées séparément dans une autre analyse pour éviter d'introduire dans une même analyse des coefficients de multicollinéarité trop élevés. De l'analyse discriminante des croyances irrationnelles, deux fonctions (k-1) sont ressorties, dont seulement une s'est avérée significative, celle-ci est décrite au tableau 10. Les résultats complets incluant la fonction non significative sont cependant rapportés à l'appendice T.

Au tableau 10 sont inscrits les résultats pertinents à la première fonction. Cette fonction permet d'expliquer 54% (R carré) de la variance totale tout en permettant une discrimination des groupes qui est significativement supérieure par rapport à l'emploi de la moyenne uniquement. Les centroïdes de cette fonction sont d'une valeur de 1.037 pour le groupe 1, de .258 pour le groupe 2, et de -1.295 pour le groupe 3. La matrice

Tableau 11

Résultats de l'analyse de variance des scores discriminants et les comparaisons significatives (test de Newman-Keuls); les moyennes des croyances au IBT pour l'échantillon et pour chaque groupe.

	<u>Groupe 1</u>	<u>Groupe 2</u>	<u>Groupe 3</u>	<u>F</u>	<u>p</u>	<u>Comparaisons p<.01</u>
Moyennes	6.20	5.45	3.89	58.06	p<.001	G 1 > G 2 G 1 > G 3 G 2 > G 3
	<u>Groupe total</u>	<u>Groupe 1</u>	<u>Groupe 2</u>	<u>Groupe 3</u>		
Croyance #1 Approbation sociale	30.78 (7.6)	35.10 (6.9)	31.57 (6.1)	25.69 (6.7)		
Croyance #2 Compétence absolue nécessaire	31.78 (6.8)	33.45 (7.1)	31.21 (6.9)	30.69 (6.3)		
Croyance #3 Tendance au blâme	28.34 (7.2)	27.33 (6.4)	27.48 (7.9)	30.21 (7.1)		
Croyance #4 Intolérance de la frustration	31.12 (6.4)	34.00 (6.5)	30.48 (6.3)	28.9 (5.3)		
Croyance #5 Irresponsabilité émotionnelle	27.43 (6.8)	29.69 (8.0)	26.36 (5.9)	26.26 (5.7)		
Croyance #6 Souci et anxiété indues face au futur	33.44 (7.3)	38.62 (4.7)	33.45 (6.4)	28.24 (6.7)		
Croyance #7 Evitement des problèmes	26.79 (6.1)	27.45 (5.5)	26.86 (6.3)	26.07 (6.5)		
Croyance #8 Dépendance	30.24 (4.8)	29.9 (5.5)	31.28 (3.5)	29.52 (5.2)		
Croyance #9 Déterminisme du passé	30.52 (7.1)	33.57 (6.3)	32.00 (5.9)	25.98 (6.8)		
Croyance #10 Perfectionnisme	26.45 (5.4)	26.71 (5.3)	27.28 (5.7)	25.36 (5.2)		

des coefficients de structure est indiquée également au tableau 10. Il s'agit de la matrice des corrélations entre les variables originales (croyances irrationnelles) et la fonction discriminante, ce qui permet de déterminer le schème de croyances sous-jacent à la dépression. Quatre variables sont incluses dans le schème puisque le coefficient qui s'y associe excède le niveau de 0.3 adopté comme critère minimal de signification des corrélations. Il s'agit de la première croyance, de la quatrième croyance, de la sixième croyance et de la neuvième croyance.

Une analyse de la variance à une dimension des scores discriminants ainsi qu'un test de comparaison multiple ont ensuite été entrepris et les résultats figurent au tableau 11. Ces derniers tests ont servi à déterminer les paires de moyennes qui présentaient des différences significatives entre elles et à s'assurer que les scores aux variables du schème sont significativement plus élevés chez le groupe déprimé.

Le tableau 11 indique que la moyenne des scores discriminants est d'une valeur de 6.2 pour le groupe de patients déprimés, de 5.45 pour le groupe de patients non déprimés et de 3.89 pour le groupe contrôle normal. L'analyse de variance de ces moyennes aux scores discriminants a révélé des différences significatives entre les groupes. Le test de comparaison multiple de Newman-Keuls appliqué à ces résultats a indiqué qu'il existe des différences significatives entre toutes les paires de moyennes. La moyenne des scores discriminants du groupe de patients déprimés est significativement plus élevée que celle du

Tableau 10

Résultats de la fonction significative à l'analyse discriminante
des données du IBT selon les groupes.

=====
Pondérations de la fonction discriminante
(scores centrés et réduits)

Croyances irrationnelles	Pondérations
croyance #1	0.5812
croyance #2	-0.5391
croyance #3	-0.2582
croyance #4	0.1201
croyance #5	-0.0951
croyance #6	0.6363
croyance #7	-0.1419
croyance #8	-0.0516
croyance #9	0.3585
croyance #10	0.1845

Indices de la valeur de discrimination

Pouvoir discriminant	0.8939
R carré	0.5428
Chi deux	92.743
D.l.	20

Centroides de la Fonction discriminante	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
	1.037	0.258	-1.295

Matrice des coefficients de structure

croyance #1	0.722
croyance #2	0.203
croyance #3	-0.259
croyance #4	0.423
croyance #5	0.218
croyance #6	0.821
croyance #7	0.133
croyance #8	0.082
croyance #9	0.660
croyance #10	0.186

=====

groupe contrôle psychiatrique, $W(2,123)=0.572$, $p<0.01$, et que celle du groupe contrôle normal, $W(3,123)=0.649$, $p<0.01$. Le groupe contrôle psychiatrique présente aussi une moyenne significativement plus élevée que le groupe contrôle normal, $W(2,123)=.5715$, $p<.01$. Les moyennes originales aux dix croyances irrationnelles et au degré d'irrationalité sont aussi inscrites au tableau 11 à la suite de ces résultats; ceci permet de constater que les moyennes des divers groupes suivent la tendance générale des scores discriminants.

Enfin, il est nécessaire de préciser l'évidence qui indique que cette fonction est reliée à la dépression majeure en particulier, et non au groupe contrôle psychiatrique, puisque des différences significatives se retrouvent entre tous les groupes aux scores discriminants. En premier lieu, le groupe de patients déprimés présente la moyenne la plus élevée au niveau des scores discriminants, ce qui implique que ce groupe adhère davantage aux croyances associées à cette fonction. En second lieu, un retour aux résultats des corrélations canoniques (appendice Q) permet de s'assurer que la fonction n'est pas reliée au groupe contrôle psychiatrique (groupe 2), mais bien au groupe de patients déprimés (groupe 1). En effet, la variable X' , qui représente une combinaison linéaire des croyances et des indices d'anxiété, est directement reliée aux variables de dépression, soit au groupe de patients déprimés ($r=0.54$) et au BDI ($r=0.65$). D'autre part, une faible corrélation s'insère entre Y' et la variable représentant le groupe 2 ($r=0.105$), ainsi qu'entre la variable X' et le groupe 2 ($r=0.066$). La variable canonique X est donc

reliée aux variables de dépression plus qu'aux autres variables (groupe contrôle psychiatrique) qui composent la variable Y'. La fonction dérivée de la corrélation canonique étant comparable à celle dérivée de l'analyse discriminante (Coulombe, 1987), il est possible d'extrapoler et de confirmer que la première fonction discriminante est reliée à la dépression majeure et que le schème de croyances est bien associé à la dépression majeure.

Schème de croyances irrationnelles selon le RBI

L'analyse des résultats au test de rationalité (RBI) a été effectuée afin de comparer ces résultats au schème de croyances irrationnelles issu de l'analyse du IBT. En vertu de la multicollinéarité entre les échelles du RBI et celles du IBT, une analyse indépendante des deux était davantage indiquée. L'analyse discriminante des échelles au RBI avec la variable de groupe a servi à mettre en relief les comportements rationnels qui contribuent le plus à la discrimination entre les groupes. Le tableau 12 résume les résultats principaux de la fonction discriminante qui s'est avérée significative, alors que ces résultats complets incluant l'autre fonction non significative sont versés à l'appendice U.

Ce tableau indique les résultats de la première fonction qui est significative et qui rend compte de 41.38% (R carré) de la variance des groupes. Les centroïdes de chaque groupe sont de l'ordre de -0.847 pour le groupe de patients déprimés, de -0.151 pour le groupe contrôle psychiatrique et de 0.999 pour le groupe contrôle normal. La matrice des coefficients de structure est

Tableau 12

Résultats de l'analyse discriminante des échelles du RBI
avec chaque groupe.

=====

Pondérations de la fonction discriminante
 (scores centrés et réduits)

Echelles au RBI	Pondérations
Echelle #1	0.4547
Echelle #2	0.2258
Echelle #3	-0.2321
Echelle #4	0.5617
Echelle #5	-0.1023
Echelle #6	0.0439
Echelle #7	-0.1282
Echelle #8	0.0456
Echelle #9	0.1807
Echelle #10	0.1158
Echelle #11	0.2053

Indices de la valeur de discrimination

Pouvoir discriminant	0.8939
R carré	0.4137
Chi deux	63.017
D.l.	22

Centroides de la Fonction discriminante	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
	-0.847	-0.151	0.999

Matrice des coefficients de structure

Echelle #1	0.809
Echelle #2	0.463
Echelle #3	-0.089
Echelle #4	0.739
Echelle #5	0.238
Echelle #6	0.476
Echelle #7	0.431
Echelle #8	-0.063
Echelle #9	0.528
Echelle #10	0.566
Echelle #11	0.611

=====

aussi exposée au tableau 12, et celle-ci indique la corrélation entre les variables originales et la fonction discriminante. Quelques unes des variables présentent des coefficients beaucoup plus élevés, et celles-ci, prisent dans leur ensemble, formeraient un schème plus "conservateur" et restreint. Cependant, en vertu de la nature exploratoire de l'analyse du RBI (mentionné à la p.77), le critère minimal de signification de 0.3 est appliqué ici afin de dégager un schème plus descriptif et englobant; il s'agit du même critère que dans l'analyse du IBT. Selon ce critère, 8 échelles du RBI contribuent significativement à la fonction discriminante et forment le schème au RBI, soit la première, la seconde, la quatrième, la sixième, la septième, la neuvième, la dixième et la onzième croyance.

Les scores discriminants de cette fonction ont été soumis à l'analyse de variance à une dimension avec la variable de groupe et un test de comparaison multiple a ensuite été appliqué aux résultats. Le tableau 13 résume les résultats de l'analyse de variance et illustre aussi les moyennes des scores discriminants ainsi que les moyennes des variables originales. Ce tableau révèle que la moyenne des scores discriminants est d'une valeur de 2.05 pour le groupe de patients déprimés, de 2.75 pour le groupe contrôle psychiatrique et de 3.9 pour le groupe contrôle normal.

Les résultats de l'analyse de variance de ces moyennes indiquent des différences significatives au niveau de la variable groupe. Le test de comparaison multiple de Newman-Keuls ayant été

Tableau 13

Résultats de l'analyse de variance des scores discriminants et les comparaisons significatives (test de Newman-Keuls); les moyennes des échelles au RBI pour l'échantillon total et pour chaque groupe.

Moyennes	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	F	p	Comparaisons p<.01
	2.05	2.75	3.9	36.47	0.001	Gpe 1 < Gpe 3 Gpe 1 < Gpe 2 Gpe 2 < Gpe 3

Moyennes aux échelles du RBI (écarts-types)

	Moyenne totale	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
Echelle #1	1.58 (.50)	0.71 (.97)	1.5 (1.49)	2.52 (1.44)
Echelle #2	1.59 (.93)	1.36 (.96)	1.45 (.94)	1.98 (.81)
Echelle #3	3.43 (1.01)	3.93 (4.72)	2.95 (1.12)	3.43 (.80)
Echelle #4	1.77 (.99)	1.33 (1.0)	1.62 (.88)	2.4 (.8)
Echelle #5	0.99 (1.02)	0.83 (.96)	0.95 (1.12)	1.19 (.97)
Echelle #6	2.92 (1.13)	2.69 (1.2)	2.62 (1.19)	3.43 (.8)
Echelle #7	2.02 (.97)	1.79 (1.02)	1.86 (.9)	2.38 (.91)
Echelle #8	1.98 (.82)	2.05 (.73)	1.90 (.91)	1.95 (.88)
Echelle #9	1.73 (.94)	1.38 (.88)	1.69 (.92)	2.12 (.89)
Echelle #10	1.47 (1.27)	1.02 (1.22)	1.31 (1.26)	2.07 (1.14)
Echelle #11	1.83 (1.1)	1.36 (.96)	1.79 (.92)	2.36 (1.19)

=====

appliqué à ces données, il en ressort des différences significatives entre toutes les paires de moyennes. La moyenne des scores discriminants du groupe déprimé est significativement inférieure à celle du groupe contrôle psychiatrique, $W(2,123)=0.571$, $p<.01$, et à celle du groupe contrôle normal, $W(3,123)=0.648$, alors que le groupe contrôle psychiatrique présente une moyenne inférieure au groupe contrôle normal, $W(2,123)=0.571$, $p<.01$. Enfin, au tableau 13, sont inscrites les moyennes des variables originales (échelles du RBI) ainsi que la moyenne totale; il est possible de constater que la tendance générale des résultats des scores discriminants est reflétée aussi au niveau des scores bruts.

Tout comme avec les résultats du IBT, il est nécessaire de s'assurer que la fonction discriminante est reliée à la dépression majeure et non au groupe contrôle psychiatrique. Au niveau des scores discriminants basés sur les comportements rationnels, le groupe de patients déprimés présente le score le plus bas et le score médian revient au groupe contrôle psychiatrique. Les données du RBI ont donc été soumises à une analyse de corrélation canonique et la première fonction a été retenue, vu son niveau de signification supérieur. De cette analyse (résultats versés en appendice U), sont issues, d'une part, une variable canonique X' qui constitue une combinaison linéaire des échelles du RBI, et d'autre part, une variable canonique Y' qui représente les variables de dépression (BDI, groupe de patients déprimés) et le groupe contrôle psychiatrique. Tout comme avec le IBT, la variable X' est directement reliée

aux variables de dépression du BDI ($r=0.59$) et du groupe de patients déprimés ($r=0.48$), alors que la corrélation avec la variable du groupe contrôle psychiatrique reste faible ($r=0.066$). Ceci indique que la première "fonction" dérivée de la corrélation canonique est reliée à la dépression et qu'en vertu de la similitude entre l'analyse discriminante et la corrélation canonique, la réciproque s'applique. La première fonction à l'analyse discriminante est reliée à la dépression majeure plus particulièrement et le schème issu du RBI est aussi associé à la dépression majeure.

Analyse complémentaire de l'irrationalité en fonction des groupes

L'analyse des composantes principales a été faite avec les échelles au IBT (croyances irrationnelles) et ce pour chaque groupe afin de déterminer exactement la nature du facteur primaire d'irrationalité. Bien que cette analyse complémentaire n'ait pas été prévue, il semble intéressant d'explorer cette question. En effet, la réponse à cette question peut, d'une part, fournir des indices additionnels à propos de la validité du test IBT (du moins au niveau des résultats du groupe normal), et d'autre part, il semble intéressant en soi d'explorer la nature du concept d'irrationalité à l'intérieur de chaque groupe. Malgré les limites de validité externe imposées par le petit nombre de sujets ($N=42$), cette analyse a été incluse à titre exploratoire. L'analyse de composantes principales avec rotation varimax des scores au IBT a donc été effectuée pour chaque groupe, avec la commande de ne retenir qu'un facteur. Le tableau

Tableau 14

Premier facteur à l'analyse de composantes principales effectuée pour chaque groupe séparément

<u>Pondérations du 1er facteur</u>	<u>Groupe 1</u>	<u>Groupe 2</u>	<u>Groupe 3</u>
Variance	2.75	2.73	3.19
% trace	27.56	27.28	31.96
Variance résiduelle	7.24	7.27	6.8
% trace résiduel	72.43	72.71	68.04

Coefficients de structure (après rotation varimax)

	<u>Groupe 1</u>	<u>Groupe 2</u>	<u>Groupe 3</u>
Croyance #1	0.767 *	0.597 *	0.685 *
Croyance #2	0.671 *	0.73 *	0.783 *
Croyance #3	0.182	0.055	0.46 *
Croyance #4	0.717 *	0.767 *	0.581 *
Croyance #5	0.427 *	0.284	0.516 *
Croyance #6	0.749 *	0.779 *	0.698 *
Croyance #7	0.213	0.525 *	0.579 *
Croyance #8	0.095	-0.107	0.007
Croyance #9	0.583 *	0.518 *	0.665 *
Croyance #10	-0.182	0.057	-0.1822

* Coefficients significatifs selon le critère de 0.3

14 résume les résultats de l'analyse de chaque groupe alors que les résultats complets sont présentés à l'appendice W.

Les résultats de l'analyse des composantes principales avec les scores du groupe de patients déprimés indiquent que le premier facteur rend compte de 27.5% de la variance. Les composantes principales des deux autres groupes rendent compte de 27.3% de la variance pour le groupe contrôle psychiatrique et de 31.9% de la variance pour le groupe contrôle normal. Au tableau 14 sont ensuite inscrites les valeurs des coefficients de structure permettant de déterminer les croyances associées à l'irrationalité; seules les valeurs au-delà du critère minimal de signification d'une valeur de 0.3 sont retenues.

L'examen des coefficients de structure de chaque facteur primaire (pour chaque groupe) révèle que la structure du concept d'irrationalité varie selon les groupes. Le facteur d'irrationalité qui ressort de l'analyse du groupe contrôle normal est relié à un plus grand nombre de croyances irrationnelles que le facteur issu de l'analyse du groupe contrôle psychiatrique ou que celui issu du groupe de patients déprimés. En effet, chez le groupe contrôle normal, le facteur primaire se distingue par la contribution significative de plusieurs croyances soit la première, la deuxième, la troisième, la quatrième, la cinquième, la sixième, la septième, et la neuvième croyance. Pour le groupe contrôle psychiatrique, le facteur primaire est associé aux croyances suivantes: la première, la deuxième, la quatrième, la sixième, la septième et la neuvième croyance. Enfin, de l'analyse des

composantes principales avec les scores du groupe de patients déprimés, il ressort que le facteur primaire est relié à un moindre nombre de croyances que les deux autres groupes, soit à la première, à la deuxième, à la quatrième, à la cinquième, à la sixième et à la neuvième croyance. Il semble donc que le concept d'irrationalité représenté par le premier facteur à l'analyse de composantes principales diffère selon les groupes et que le type et le nombre de croyances impliquées varie en ce sens également.

L'analyse de composantes principales a été réalisée seulement avec les données du IBT. Contrairement aux autres analyses qui étaient aussi appliquées au RBI, il ne semblait pas nécessaire de procurer une confirmation de ces résultats complémentaires puisqu'aucune hypothèse n'avait été formulée au préalable. D'autre part, l'objectif consistait à dégager le facteur d'irrationalité et non celui de la rationalité; ce dernier facteur étant beaucoup plus hétérogène et d'un moindre intérêt dans ce contexte, l'analyse factorielle du RBI n'est pas incluse.

Chapitre IV

DISCUSSION

L'étude vise à déterminer le schème de croyances irrationnelles qui est associé à la dépression majeure et la plupart des résultats qui sont discutés se rapportent à cet objectif. A ceci s'ajoutent cependant des considérations et des résultats additionnels qui ont une fonction davantage descriptive ou préparatoire et qu'il semble important d'aborder au début dans les sections suivantes: les caractéristiques de l'échantillon (évaluation de la validité des résultats), le rendement des inventaires de rationalité/irrationalité, les caractéristiques des groupes et le rôle de l'anxiété. Il s'agit de considérations préliminaires permettant d'évaluer la validité des données, des instruments et des construits pour étayer les résultats quant aux hypothèses principales. Il sera important d'aborder pleinement la thèse centrale du schème de croyances irrationnelles dans la dépression ainsi que les résultats complémentaires c'est-à-dire les données additionnelles au RBI et l'influence de la variable du sexe sur le schème des croyances. Enfin la détermination du schème de croyances irrationnelles associé à la dépression constitue une contribution et présente des conséquences pour divers domaines: soit pour la théorie emotivo-rationnelle, pour la recherche sur la cognition et la

dépression et pour le domaine de la thérapie émotive-rationnelle. Les conséquences pour chacun de ces domaines seront abordées avant de conclure la discussion.

Caractéristiques de l'échantillon

Dans l'ensemble, l'échantillon de sujets comporte des caractéristiques qui attestent de la validité des résultats. En effet, les corrélations entre les variables démographiques ne recèlent pas de surprises; celles-ci sont globalement en accord avec ce à quoi il y avait lieu de s'attendre. Selon ces corrélations, le salaire et le revenu familial augmentent avec l'âge et avec le niveau de scolarité et le salaire varie directement avec le revenu familial (et vice versa). Le salaire est aussi fonction du sexe des sujets, un salaire supérieur étant associé au sexe masculin. Ces résultats suggèrent que l'échantillon est représentatif de la population en vertu de leur validité apparente.

En second lieu, les corrélations entre les variables démographiques et les totaux aux variables dépendantes permettent de décrire encore davantage l'échantillon et d'en évaluer la représentativité; cela permet en plus d'effectuer une première évaluation du rendement des instruments et de la validité des résultats. Il convient de rappeler que les variables dépendantes sont les variables du degré d'irrationalité, du niveau de rationalité, de l'intensité de la dépression et des taux d'anxiété actuel et habituel. Les corrélations significatives indiquent qu'à un accroissement de l'âge s'associe un taux

d'irrationalité (IBT) qui diminue. Egalement, la croissance du taux d'irrationalité s'associe à une décroissance de salaire et du revenu familial. Une décroissance du taux de rationalité (RBI) s'associe à une décroissance du salaire, du revenu familial et du niveau de scolarité. Le taux d'anxiété (actuel et habituel) qui s'accroît s'accompagne d'une décroissance du salaire et du revenu familial également. L'anxiété habituelle est non seulement fonction (inverse) du niveau de scolarité mais aussi fonction du sexe des sujets, les taux élevés étant davantage caractéristiques du sexe féminin. Enfin, les sujets déprimés ayant été appariés de près aux autres groupes, il ne ressort pas de corrélation significative entre le taux de dépression et les variables démographiques. Globalement donc, ces corrélations attestent de la validité des résultats puisque celles-ci sont en accord avec ce qui pouvait être attendu.

Indépendamment de ces conclusions, les résultats de ces dernières corrélations présentent de l'intérêt en soi. Ainsi, l'irrationalité est inversement reliée à l'âge, ce qui peut indiquer qu'avec l'âge et l'expérience, les personnes adhèrent moins fermement aux croyances irrationnelles. La corrélation entre l'irrationalité et la rémunération (salaire, revenu) pourrait indiquer que les croyances et les comportements rationnels sont acquis avec l'accès à des travaux plus rémunérateurs ou l'inverse, soit que ceux-ci contribuent à y avoir accès. Une telle interprétation à deux volets, caractéristique de la corrélation, pourrait aussi s'appliquer aux corrélations entre les autres variables. Mais il est aussi

plausible que, puisque l'irrationalité au IBT a été associée indirectement à l'émotivité (Ramanaiha, Heerboth, Schill, 1986), la réduction d'irrationalité avec l'âge puisse refléter l'accroissement dans le niveau d'adaptation aux émotions qui survient avec l'âge (Schulz, 1985). Bref, plusieurs hypothèses sont possibles et il est important de déterminer ce que les instruments mesurent à travers ces corrélations. Il en demeure que dans l'ensemble ces corrélations sont en accord avec ce qu'il y a lieu de s'attendre, bien que la recherche suggère des hypothèses alternatives pour expliquer ces résultats.

En dernier lieu, les corrélations entre les totaux des variables dépendantes contribuent aussi à renforcer la validité des résultats aux instruments et à remettre en question certains aspects de la validité. Il semble en effet que, d'une part, l'intensité de la dépression (BDI) et le taux d'anxiété (actuel et habituel), selon les données du STAI, soient reliés directement au degré d'irrationalité (IBT) et inversement corrélés au niveau de rationalité (RBI); ceci met en évidence la validité du BDI et du STAI. D'autre part, l'intensité de la dépression est reliée de très près au taux d'anxiété (actuel et habituel) de sorte que la validité discriminante du BDI et du STAI pourrait être remise en question. Il est également possible qu'il ne s'agisse pas d'un problème d'ordre psychométrique mais bien d'une réalité pertinente à la pathologie dépressive puisque la sélection des sujets était uniquement orientée d'après des critères de dépression et non d'anxiété. Qu'il suffise de mentionner ces deux possibilités pour l'instant puisque ceci sera

discuté plus en détail au niveau de la description des groupes et du schème de croyances.

Rendement des inventaires d'irrationalité et de rationalité

Afin de vérifier les hypothèses il a semblé important de s'assurer premièrement de la validité de construit et de la validité concomitante des instruments visant à évaluer l'irrationalité et la rationalité. Ces indices de validité viennent corroborer au départ que les concepts d'irrationalité et de rationalité ont été bien évalués par les instruments psychométriques. Le projet n'impliquant qu'une session de testing, les données sur la fiabilité sont restreintes à l'évaluation de l'homogénéité; il en sera question lors de la discussion de la validité de construit.

En ce qui a trait à l'inventaire d'irrationalité (IBT), la validité de construit convergente est confirmée par les résultats d'analyses du IBT même, c'est-à-dire par les corrélations significatives entre les croyances irrationnelles et le degré d'irrationalité au IBT de même que par le coefficient alpha de Cronbach qui atteste de l'homogénéité des échelles du IBT. La validité de construit divergente est renforcée d'autre part par le résultat des corrélations entre les croyances et le total au RBI; la plupart des croyances du IBT présentent des corrélations significatives et négatives avec le niveau de rationalité, tel que prévu. Seules les croyances aux bienfaits de l'irresponsabilité émotive (CS) et de la dépendance (CB) ne présentent pas des corrélations négatives suffisamment basses

pour atteindre le niveau de signification. Il semble que l'adhésion à ces deux croyances ne s'associe pas significativement à un moindre niveau de rationalité, tout comme pour les autres croyances. Néanmoins, le degré d'irrationalité (IBT) est inversement relié au niveau de rationalité (RBI) et la corrélation entre ces deux variables ($r = -0.62, p < .001$) est du même ordre que celle rapportée par Ray et Bak (1980) lors de leur étude auprès d'une population étudiante, $r = -0.72, p < .001$. Globalement, le IBT présente suffisamment d'indices qui attestent de la validité de construit, convergente et divergente, pour poursuivre les analyses.

En second lieu, la validité concomitante du IBT a été évaluée d'après la corrélation entre le IBT (croyances et total) et les indicateurs de perturbation émotionnelle, soit le total au BDI et les taux d'anxiété (actuel et habituel). Les résultats indiquent que le degré d'irrationalité (total) est directement relié à l'intensité de la dépression au BDI ($r = 0.46, p < .001$); d'ailleurs, la corrélation est du même ordre que celle obtenue lors de l'étude de Nelson (1977), $r = 0.53, p < .001$, et lors de l'étude de Cash (1984), $r = 0.35, p < .001$. Le degré d'irrationalité est aussi corrélié au taux d'anxiété actuel, $r = 0.54, p < .001$, et au taux d'anxiété habituel, $r = 0.64, p < .001$. Le niveau de signification de ces coefficients est comparable à ce qui est rapporté dans l'étude de Lohr et Bongue (1981), qui s'adressait aussi à l'anxiété actuelle, $r = 0.36, p < .001$; et à l'anxiété habituelle, $r = 0.49, p < .001$. Bref, il y a de fortes indications que le degré d'irrationalité au IBT présente une validité

concomitante adéquate et ceci est en accord avec les résultats des études précédentes (Cash, 1984; Lohr & Bonge, 1981; Nelson, 1977).

Au niveau des croyances irrationnelles selon le IBT, la plupart des croyances sont positivement et significativement corrélées à l'intensité de la dépression et à l'anxiété, sauf pour les croyances aux bienfaits de blâmer (C3), de dépendre d'autrui (CB) et d'avoir des attitudes perfectionnistes (C10) dont les coefficients n'étaient pas significatifs. De plus l'intensité de la dépression n'est pas corrélée à la septième croyance en l'évitement des problèmes et des responsabilités personnelles; il semble que plus la dépression s'intensifie, plus les problèmes s'imposent.

Lorsque les résultats se rapportant au lien croyances-BDI sont mis en parallèle avec les résultats rapportés lors d'études précédentes, certaines similitudes apparaissent. Au niveau de la corrélation entre les croyances et le BDI, l'étude de Nelson (1977) indique que la majorité des croyances est reliée au total du BDI, à l'exception de la troisième croyance de tendance au blâme. A l'examen des niveaux de signification des corrélations, il ressort que ceci n'est pas la seule similitude avec la présente étude; les niveaux de signification sont plus faibles pour certaines des croyances qui ne sont pas significatives dans cette étude-ci. Au contraire des autres croyances, les niveaux de probabilité sont plus faibles pour la huitième ($p < .05$), la dixième ($p < .01$) et la première ($p < .01$) croyance. Avec la septième croyance, la corrélation non significative semble plus

imprévue puisque dans l'étude de Nelson (1977), il s'agit d'une corrélation très significative ($p < .001$). Globalement, la tendance des résultats au RBI n'est pas sans précédent et atteste d'un lien entre les croyances et le BDI.

Au niveau des résultats non significatifs avec le taux d'anxiété, il semble y avoir un précédent avec l'étude initiale qui a servi à développer le test IBT. Dans l'étude de Jones (1968), les huitième et dixième croyances n'étaient pas associées à la variable d'anxiété telle qu'évaluée par les échelles du 16 PF; il n'est donc pas surprenant d'obtenir également dans cette étude des résultats non significatifs. Seule l'absence de signification au niveau de la tendance au blâme (C3) reste sans précédent. Puisqu'il y a un précédent dans la recherche pour la plupart des corrélations non significatives et pour toutes celles qui sont significatives, il semble que les résultats soient plutôt favorables. En effet, ces résultats procurent avant tout de l'évidence en faveur de la validité concomitante du IBT puisque l'adhésion aux croyances du IBT, s'associe à une plus grande gravité de perturbation émotionnelle.

Le "Rational Behavior Inventory" a également donné un rendement adéquat d'après les résultats. La validité de construit convergente du RBI est étayée par de fortes corrélations entre les cotations aux échelles du test et le niveau de rationalité (total au RBI). L'homogénéité des échelles du RBI est confirmée par le coefficient alpha de Cronbach élevé, qui indique que les échelles sont uniformes ("consistance interne"). D'autre part, la validité divergente est confirmée tout comme avec le IBT, par la

corrélation négative significative entre le total au test de rationalité RBI et le total du test d'irrationalité. Au niveau des échelles individuelles, la validité divergente ne pouvait être évaluée qu'au niveau des échelles #1, #6 et #7 du RBI, puisque seulement celles-ci présentent des croyances analogues (mais inversées) au niveau du IBT. Il en est ressorti des corrélations inverses significatives entre les échelles et leur croyances analogues au IBT soit les croyances C4, C3 et C7 respectivement; ceci vient confirmer la validité du construit de rationalité du moins en ce qui concerne les échelles qui ont un analogue au IBT.

Les corrélations procurent aussi des indices de la validité concomitante du RBI. Les corrélations négatives significatives entre le degré de rationalité au RBI et le taux d'anxiété actuel, $r = -0.44$, $p < .001$, et habituel, $r = -0.598$, $p < .001$, ainsi qu'entre le total au RBI et l'intensité de la dépression au BDI, $r = -0.477$, $p < .001$, viennent attester de la validité concomitante. De plus, ces corrélations sont similaires à celles rapportées par Thyer et Papsdorf (1981) au sujet de la relation entre le RBI et le taux d'anxiété actuel, $r = -0.4$, $p < .01$, et habituel, $r = -0.65$, $p < .01$. La validité concomitante dans ce contexte indique que le concept de rationalité, tel que mesuré par les cotations au RBI, va à l'encontre de manifestation de perturbation émotive, soit sous forme de dépression ou d'anxiété. Il y avait lieu de s'attendre en effet à ce que les gens dits rationnels ne soient ni anxieux ni déprimés à outrance. Une telle corrélation négative vient confirmer de façon indirecte que

le construit mesuré par le RBI se comporte comme ce qu'il représente, soit la rationalité, plus particulièrement en ce qui a trait à la relation avec les indices de perturbation émotionnelle et d'irrationalité (IBT).

Bref, plusieurs indications statistiques attestent de la validité de construit des instruments visant à évaluer l'irrationalité (IBT) et la rationalité (RBI). La validité de construit du IBT et du RBI semble adéquate en terme de la validité convergente, divergente et concomitante. Ces résultats sont non seulement en accord avec les études psychométriques antérieures (Jones, 1968; Nelson, 1977; Ray & Bak, 1980; Thyer & Papsdorf, 1981), mais ceux-ci concèdent indirectement de la validité à l'analyse des hypothèses centrales.

Caractéristiques des trois groupes et corroboration statistique

Bien que l'évaluation de l'irrationalité et de la rationalité s'avère adéquate, il est important de s'assurer également que les groupes formés par le triage diagnostique et psychométrique sont bien fondés et homogènes autant que possible. En vertu du peu de fiabilité associé au diagnostic psychiatrique, des mesures parallèles ont été élaborées à la fois pour épurer les groupes au niveau de la sélection des sujets (dans la procédure) et pour justifier par la suite l'appartenance des sujets au groupe (vérification par l'analyse des données). Selon la procédure établie, seuls les patients déprimés (diagnostic psychiatrique) qui présentaient également un diagnostic de dépression majeure d'après leurs résultats au IDD ont été inclus

dans le groupe de patients déprimés. D'autre part, les patients non déprimés inclus dans le groupe contrôle psychiatrique ne présentaient ni un diagnostic de dépression majeure ni un résultat positif au IDD. En d'autres mots, bien que les patients du groupe contrôle psychiatrique puissent manifester certains signes et symptômes associés au syndrome de dépression, ils ne remplissaient pas les critères diagnostiques. Ces signes et symptômes n'étaient pas suffisamment variés, suffisamment nombreux ou d'intensité suffisante pour justifier un diagnostic de dépression majeure selon le DSM-III (axe I ou II).

Les résultats destinés à vérifier l'exactitude de ces groupes ont davantage renforcé la validité du processus de sélection des sujets. Les scores au test d'intensité de la dépression (BDI) ont été soumis à l'analyse de regroupement par agglomération afin de former deux agrégats: un agrégat de sujets déprimés, l'autre, de sujets non déprimés. Les deux agrégats ainsi formés correspondaient globalement aux groupes établis par la procédure, soit au groupe déprimé et aux deux groupes contrôles non déprimés (patients et sujets normaux). De plus, l'examen du tableau des sujets répartis selon les catégories d'intensité de la dépression les plus couramment utilisées (Shaw, Valis & McCabe, 1985) indique que la majorité des sujets du groupe de patients déprimés ont rapporté des niveaux de dépression sévère ou modérée, alors que la majorité des patients du groupe contrôle et du groupe de sujets normaux manifestaient une faible ou une très faible intensité de la dépression. La répartition des sujets dans ces groupes semble

donc appropriée, et celle-ci a été retenue pour les analyses suivantes puisque le nombre de dissidents, qui est de 15 sujets, n'était pas suffisamment élevé pour affecter les résultats. Les groupes ainsi formés sont le groupe de patients déprimés, le groupe contrôle de patients non déprimés (ou groupe contrôle psychiatrique) et le groupe contrôle normal.

Dans le contexte de la description des groupes, il semble impertinent de discuter de la répartition des variables démographiques au niveau de chaque groupe, puisque les groupes contrôles ont été appariés avec le groupe-cible. De plus, les résultats de la corrélation canonique confirment le peu de relation entre ces variables et les variables indiquant la dépression, ce qui atteste de la justesse de l'appariement. Ceci signifie que la description des variables démographiques de l'échantillon total (p.121) représente donc adéquatement la distribution des variables au sein de chacun des groupes contrôles.

Des analyses de variance univariées selon le groupe ont révélé cependant que les moyennes de chaque groupe présentaient des différences significatives au niveau des variables dépendantes, soit au niveau de l'intensité de la dépression, des variables d'anxiété (actuelle et habituelle), du taux d'irrationalité (IBT) et du taux de rationalité (RBI). D'après les tests de comparaisons multiples, le groupe de patients déprimés présente des moyennes plus élevées que les groupes contrôles, et le groupe contrôle psychiatrique affiche des moyennes supérieures à celles du groupe contrôle normal. Cette

configuration des résultats se retrouve au niveau de toutes les variables sauf en ce qui a trait au degré de rationalité. Les groupes présentent des résultats analogues mais inversés en ce qui concerne la variable du degré de rationalité (RBI), et il y a aussi absence de différences entre les groupe de patients à cette variable, soit entre le groupe déprimé et le groupe contrôle psychiatrique. Il semble que le test de rationalité soit moins discriminatif que le IBT à cet égard.

Quant au groupe de patients souffrant de dépression majeure, il semble important de mentionner que, tel que prévu, le groupe déprimé s'est avéré plus irrationnel, moins rationnel, plus anxieux et plus sévèrement déprimé que le groupe contrôle normal. Ces résultats sont en accord avec les recherches précédentes sur le lien entre l'irrationalité et la dépression (Cash, 1984; Lapointe & Crandell, 1980; Nelson, 1977; Thyer & Papsdorf, 1981) ainsi qu'avec les résultats d'études portant sur l'irrationalité et l'anxiété (Goldfried & Sobocinski, 1975; Lohr & Bonge, 1981a; Sutton-Simon & Goldfried, 1979). Les recherches récentes auprès de populations normales ne sont venues que confirmer davantage que le taux d'irrationalité au IBT s'avère un indicateur très sensible de la perturbation émotionnelle, que ce soit sous forme d'anxiété (Deffenbacher, Zwemer, Whisman, Hill & Sloan, 1986), de dépression (Cooke & Peterson, 1986) ou même d'humeur dépressive induite par des "procédés oratoires" (Cash, Rimm & MacKinnon, 1986). Ces résultats reflètent donc les critères rigoureux qui ont guidé la sélection des patients pour le groupe déprimé.

C'est cependant au niveau du groupe contrôle psychiatrique que ces résultats ont la plus grande importance puisque ce sont les seules informations outre le diagnostic (appendice C), qui soient disponibles pour décrire ce groupe contrôle de déviance psychologique. D'après ces résultats, le groupe contrôle psychiatrique comprend des patients qui présentent des symptômes de perturbation émotionnelle (anxiété, dépression) qui sont plus intenses que ce que rapportent les sujets normaux, et moins intenses que ce que rapportent les patients déprimés. Ce groupe étant plus hétérogène que le groupe de patients déprimés et ayant été sélectionné pour ne comprendre que des sujets non déprimés, il y avait lieu de s'attendre à un faible taux d'intensité de la dépression au BDI.

Ce groupe contrôle psychiatrique comprenait par ailleurs plusieurs personnes souffrant de désordres d'anxiété et il y avait lieu de s'attendre à ce que le taux d'anxiété moyen de ce groupe soit plus élevé, c'est-à-dire plus près des résultats du groupe de patients déprimés. Les résultats d'analyses de variance univariées indiquent cependant que les taux d'anxiété actuel et habituel varient en fonction du groupe, tout comme l'intensité de la dépression. Ceci implique que les groupes varient et en terme de l'intensité de la dépression et en terme du niveau d'anxiété. Ces résultats combinés à ceux de l'analyse de corrélation canonique révèlent que les variables d'anxiété sont reliées de très près à la variable représentant le groupe de patients déprimés; une telle corrélation avec la variable de groupe constituerait non seulement un facteur d'interférence mais aussi

une contre-indication à l'analyse de covariance (Kirk, 1968). Bref l'anxiété représente un facteur externe qui varie selon les groupes et qu'il est difficile de distinguer de l'effet de l'intensité de la dépression (selon le BDI) dans cet échantillon.

En résumé, les résultats de l'analyse de variance et des tests de comparaisons multiples entre les groupes permettent de mieux décrire ceux-ci. Le taux de dépression est effectivement plus élevé chez les patients déprimés que chez les groupes contrôles de patients et de sujets normaux; il y a aussi une différence significative entre les groupes contrôles selon laquelle le groupe contrôle psychiatrique s'avère plus déprimé. L'objectif initial était d'inclure dans le groupe contrôle des patients clairement non déprimés, qui soient en ce sens similaires au groupe de sujets normaux, et il semble que l'intensité de la dépression dans ce groupe de patients soit effectivement faible et comparable à ce qui a été rapporté dans d'autres études (Dobson & Shaw, 1986). Les résultats de l'analyse des variables d'anxiété indiquent cependant que le taux d'anxiété (actuel et habituel) varie aussi en fonction des groupes, le groupe de patients déprimés étant plus anxieux par rapport au groupe contrôle psychiatrique, qui manifeste à son tour davantage d'anxiété que le groupe contrôle normal. Il s'agit d'une variable qui risque de confondre les résultats aux analyses centrales et dont il est important de clarifier le rôle.

Rôle de la variable d'anxiété

Il semblait important de tenter de préciser le rôle des

variables d'anxiété en vertu de la corrélation élevée entre l'anxiété et les variables représentant la dépression, soit l'intensité de la dépression et la variable représentant le groupe de patients déprimés. En tenant compte de la documentation dans le domaine, deux formes d'explication sont probables: ou les deux types de perturbation émotionnelle (dépression et anxiété) existent au sein des groupes, ou les instruments peuvent manifester un faible taux de validité discriminante entre ces deux types de perturbation émotionnelles.

Dobson (1985) a révisé la documentation sur le lien entre l'anxiété et la dépression, en tant que dispositions ("traits") et en tant que syndromes, et il affirme que ce manque de distinction et de précision entre les deux concepts prend source au niveau même de la théorie. Les modèles cognitifs de l'anxiété (Beck, 1976; Dobson, 1985; Epstein, 1976) et de la dépression (Beck, 1976) sont similaires selon lui dans le sens qu'il y a perception d'une menace à l'estime de soi, au bonheur ou à la capacité de transiger dans les deux cas. L'anxiété et la dépression sont distinctes par ailleurs au niveau de la temporalité de la menace et de la probabilité d'occurrence de la perte: au niveau de la dépression, la menace est soit imminente (certaine), soit passée (Beck, 1976), alors qu'au niveau de l'anxiété il s'agit d'une menace anticipée (future), donc incertaine.

Dobson (1985) conclut que les théories dans le domaine de l'émotion ne précisent cependant pas le type de menace qui correspond à l'anxiété et à la dépression respectivement. Bien

qu'il semble clair que les événements relatifs à une perte vont tout probablement susciter la dépression, le potentiel anxiogène de tels événements reste méconnu (Dobson, 1985). En effet, si la "perte" (soit perte d'un aspect de soi, ou autre) est suffisamment importante pour susciter la dépression, il s'agit d'une perte dont l'influence négative pourrait très bien se réverbérer autant au niveau de l'image de soi et du monde, que de celle du futur (Dobson, 1985). La personne qui a perdu un aspect important de son monde ou de soi peut se percevoir comme étant davantage vulnérable à certains événements aversifs, s'il y a perception de carence personnelle, ou simplement si celle-ci est davantage exposée à d'autres malheurs, comme l'expérience de solitude suite à une séparation. Toutefois, l'effet des événements de perte et leur potentiel anxiogène n'est pas clairement documenté, bien qu'il recèle une validité apparente.

Ce manque de distinction théorique entre l'anxiété et la dépression a aussi des répercussions en terme de la psychométrie, et tout spécialement au niveau des instruments basés sur des "auto-évaluations"; ces instruments présentent en général moins de validité discriminante (Campbell & Fiske, 1959). Les études qui ont tenté d'établir deux dimensions orthogonales d'anxiété et de dépression (Gotlib & Arsanow, 1981; Kennedy & Craighead, 1979; Miller, Seligman & Kurlander, 1975) n'ont pu recueillir beaucoup de sujets déprimés manifestant peu d'anxiété; le nombre de sujets était restreint au point de ne pas pouvoir employer un modèle factoriel à deux dimensions établi avec des points de coupures (élevé, faible). Par conséquent, même les études psychométriques

récentes rapportent de faibles taux de validité discriminante entre l'anxiété et la dépression évaluées par des instruments "d'auto-évaluation" ("self-report") avec des populations étudiantes (Tanaka-Matsumi & Kameoka, 1986). Ce manque de distinction ressort également au niveau de cette étude-ci puisque les résultats indiquent une forte correspondance entre l'intensité de la dépression et les taux d'anxiété (habituel et actuel); les sujets déprimés présentent non seulement de la dépression mais aussi un taux d'anxiété élevé selon le STAI. Toutefois il reste difficile d'attribuer le manque de distinction uniquement aux instruments psychométriques étant donné les limites théoriques qui prévalent même à l'heure actuelle.

Il semble difficile à ce point-ci de déterminer ou de distinguer exactement le rôle de l'anxiété dans la dépression majeure, et ce même à la lumière de la documentation théorique et de la recherche. Le manque de clarté semble émerger des limites théoriques et empiriques ainsi que des répercussions sur les inventaires qui visent à évaluer ces construits. L'anxiété et la dépression se manifestent toutes deux au niveau de la dépression majeure, et ce, même chez des groupes plus hétérogènes quant au type de dépression (Dow & Craighead, 1987). Dans cette étude-ci, il est aussi possible qu'un double filtrage psychométrique soit intervenu, c'est-à-dire qu'en éliminant les sujets déprimés du groupe contrôle, on en ait exclu aussi les sujets anxieux, en vertu du chevauchement des critères. D'ailleurs la documentation à propos du DSM-III indique que les désordres d'anxiété s'associent souvent à un diagnostic additionnel de dépression

(Barlow, 1985). Bref, il s'agirait donc d'un problème de validité discriminante qui serait pertinent au DSM-III puisque le IDD est le seul critère psychométrique appliqué dans l'étude et qu'il s'agit, rappelons-le, d'un inventaire diagnostique suivant le DSM-III.

Il en demeure que dans cette étude les cas de dépression majeure ont néanmoins été sélectionnés selon des critères rigoureux, alors que l'anxiété était évaluée en parallèle sans que ces résultats n'aient de conséquences pour le processus de sélection. Le schème de croyances associé à la dépression majeure comprendra des éléments liés à l'anxiété et il sera difficile de les distinguer de la dépression. Néanmoins lors de la discussion de ce schème de croyances irrationnelles, les éléments qui semblent davantage apparentés à l'anxiété seront mis en relief dans le but de tenter une première distinction qui soit basée sur les connaissances théoriques disponibles dans le domaine de la TER.

Schème de croyances irrationnelles associé à la dépression

Le schème de croyances irrationnelles qui se dégage de l'analyse discriminante des données du "Irrational Beliefs' Test" (IBT) regroupe les croyances qui permettent le mieux de discriminer entre les trois groupes, soit le groupe de patients déprimés, le groupe contrôle psychiatrique et le groupe contrôle normal. L'analyse de variance des scores discriminants qui a été effectuée par la suite démontre qu'il y a des différences significatives entre les trois groupes et le test de comparaison

multiple permet de spécifier la nature de ces différences. Le groupe de patients déprimés présente un score plus élevé que le groupe contrôle psychiatrique, qui en retour arbore un score supérieur à celui du groupe contrôle normal; par conséquent, le groupe de patients déprimés présente un score supérieur à celui du groupe contrôle normal. Toutefois, de façon à déterminer s'il s'agit effectivement du schème de croyances associé à la dépression majeure, un retour aux résultats de l'analyse de corrélation canonique est nécessaire. Il est important en particulier d'examiner la corrélation entre les variables dichotomiques représentant les groupes (surtout le groupe de patients déprimés) et la variable prédite X; la variable X représente une combinaison linéaire des variables dépendantes des croyances irrationnelles, du niveau d'irrationalité et des indices d'anxiété. Ceci permet de constater que la variable du groupe déprimé présente un coefficient de corrélation positif et significatif avec la variable X, alors que la variable représentant le groupe contrôle psychiatrique présente un coefficient de corrélation très faible avec cette même variable X. Selon ces résultats, le schème qui se dégage de l'analyse discriminante est donc associé avant tout à la dépression majeure.

Le schème de comportements rationnels qui se dégage de l'analyse discriminante des scores du RBI a également été associé à la dépression selon la même séquence d'analyses que celle appliquée au IBT, c'est-à-dire (1) en fonction des différences significatives entre les scores discriminants et (2) en fonction

de la corrélation élevée entre la variable canonique représentant les échelles du RBI et les variables de dépression (BDI et groupe 1). Les résultats sont similaires à ceux du IBT sauf que, le RBI étant une mesure de rationalité (et non d'irrationalité comme le IBT), les différences significatives sont dans la direction opposée, les scores discriminants les plus élevés étant caractéristiques du groupe normal.

Globalement, le schème de croyances irrationnelles tiré du IBT s'avère similaire à ce qui était attendu au niveau des hypothèses. Premièrement, les scores discriminants élevés indiquent que les patients se distinguent par leur adhésion plus ferme aux croyances irrationnelles, et il n'y a pas eu de rejet de certaines croyances. Ceci indique qu'il y a accroissement du degré d'irrationalité avec la dépression majeure. En second lieu, les hypothèses à propos des croyances comprises dans le schème ont été confirmées en plusieurs points (appendice X). Le schème de croyances prévu comprenait les éléments suivants: la première, la seconde, la troisième, la quatrième, la cinquième, la septième et la neuvième croyances (décrites au tableau 1, p.6). Le schème final englobait la première, la quatrième, la sixième et la neuvième croyances. Donc, trois des croyances du schème hypothétique font partie du schème final et les quatre autres croyances (C2, C3, C5, C7) ne jouaient pas un rôle discriminatif suffisamment important selon les analyses. Par ailleurs, la sixième croyance, qui n'avait pas été prévue, a contribué significativement à la discrimination des groupes.

Au niveau du RBI, il avait été prévu que certaines

échelles qui représentaient des analogues aux croyances prévues soient aussi endossées davantage par les patients déprimés. Il s'agissait de la première échelle (inverse de C4), de la sixième échelle (inverse de C3), et de la septième échelle (inverse de C7). Le schème au RBI comprenait globalement huit échelles: la première, la seconde, la quatrième, la sixième, la septième, la neuvième, la dixième et la onzième échelle (décrites à l'appendice N). Toutes les hypothèses pertinentes au RBI sont confirmées et donc, dans l'ensemble, ces résultats concordent avec ceux du IBT, sauf en ce qui a trait à la septième échelle. Les résultats du RBI visaient à corroborer le schème au IBT de sorte qu'ils seront intégrés dans le cadre de la discussion du schème de croyances au IBT. Les croyances irrationnelles du schème seront abordées en premier lieu, pour ensuite s'attarder aux hypothèses non confirmées dans la section de divergence par rapport aux hypothèses initiales.

D'abord au niveau du schème de croyances irrationnelles associé à la dépression, se retrouve la quatrième croyance d'intolérance à la frustration, qui était centrale à la formulation émotivo-rationnelle de la dépression (Ellis & Harper, 1975). Selon cette croyance, les personnes déprimées appréhendent beaucoup que les événements ne se déroulent pas comme elles le souhaitent et elles anticipent de réagir davantage à la frustration. Cette dimension de réaction à la frustration est confirmée également au niveau du schème au RBI, avec l'adhésion préférentielle à la première échelle. Cette échelle indique en effet que les situations frustrantes ont

davantage tendance à faire l'objet de "ruminations" cognitives chez les personnes déprimées. Ces ruminations ont pour but de mettre l'accent sur la frustration de façon à la rendre catastrophique aux yeux de la personne. Il s'agit plus précisément d'une l'escalade cognitive des situations frustrantes (Shorkey & Whiteman, 1977). Cette échelle est comprise dans le schème du RBI et vient attester de la sensibilité particulière dont font preuve les patients déprimés à l'égard des situations frustrantes.

Les patients souffrant de dépression majeure se distinguent aussi par leur survalorisation de l'approbation sociale comme source d'approbation et d'estime de soi, d'où l'inclusion de la première croyance dans le schème au IBT. Il s'agit d'un élément important de la théorie de Hauck (1974) et de la théorie cognitive de Beck (1976), un aspect qui a même été soulevé dans le contexte de la recherche sur la dépression selon le courant psychodynamique (Blatt, Guinlan, Chevron, MacDonald & Zuroff, 1982; Arieti & Bemporad, 1980). Les textes plus récents de la théorie cognitive (Beck, Epstein & Harrison, 1983) suggèrent que cet élément est davantage associé à un type de personnalité prodromale, soit celui caractérisé par des préoccupations de dépendance sociale par opposition à la personnalité axée vers des préoccupations d'autonomie. Il s'agit de préoccupations à propos du maintien de l'intimité, de l'approbation sociale et du support d'autrui. Cet élément est aussi confirmé indirectement au niveau des résultats du RBI avec la présence de la quatrième échelle dans le schème associé à la

dépression. La quatrième échelle correspond à la tendance à fonder ses jugements d'après les critères d'autrui et s'apparente à la première croyance en terme de contenu. Tel qu'il sera discuté dans le contexte des résultats additionnels du RBI, la tendance à opter pour les critères d'autrui correspond à une attitude de soumission qui vise à obtenir l'approbation d'autrui.

La dépression majeure est associée également à la croyance au déterminisme du passé, c'est-à-dire à la neuvième croyance selon laquelle les antécédents personnels sont un déterminant majeur de notre comportement actuel et futur. Cette croyance est ressortie de façon constante à travers la recherche clinique sur le lien entre les croyances irrationnelles et la dépression (Newmark & Whitt, 1983; Newmark & Ziff, 1977) et celle-ci s'avère aussi un élément important de la théorie cognitive et de la théorie de la résignation acquise révisée (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978). Cette croyance correspond au déterminisme et à l'attente que le changement est difficile, voire impossible, d'où la résignation et le désespoir qui en découlent. Il s'agit de l'élément le plus clair dans la problématique dépressive qui est présent à la fois au niveau de la théorie, de la recherche et des résultats de cette étude-ci.

Chacune des croyances mentionnées ci-dessus ont été prédites au niveau des hypothèses et celles-ci sont effectivement ressorties dans le schème de croyances associé à la dépression majeure. A ce schème s'ajoute toutefois la sixième croyance, qui fait référence à l'inquiétude à propos de malheurs possibles qui pourraient survenir, et celle-ci n'était pas prévue (appendice

X). L'importance de cette croyance est indéniable cependant et celle-ci est même corroborée par la dixième échelle du schème au RBI. La version irrationnelle de cette échelle, qui caractérise la dépression majeure, réfère à la tendance à se perturber en pensant aux malheurs possibles. La sixième croyance est donc clairement associée à la dépression majeure d'après les résultats du IBT et du RBI.

Il semble néanmoins que d'avoir omis cette croyance du schème hypothétique était non seulement fondé mais que ceci correspondait à l'objectif premier de délimiter un schème strictement associé à la dépression majeure. En effet, la plupart des théories et des études empiriques portant sur le lien entre la dépression et les croyances irrationnelles ne faisaient pas mention du rôle de cette croyance et même certaines études rapportaient que les patients dépressifs la rejetaient davantage (Newmark & Whitt, 1983). Donc, non seulement le contenu de l'énoncé de croyance mais aussi les quelques études cliniques sur le sujet suggéraient qu'il soit pertinent de l'exclure.

Par ailleurs, la documentation à l'appui du rôle de la sixième croyance dans l'anxiété est à la fois volumineuse et diversifiée. Il est clair que la sixième croyance de par son contenu, s'apparente davantage à la problématique d'anxiété qu'à celle de la dépression (Ellis, 1962; Ellis & Harper, 1975; Jones, 1968). Les personnes qui croient fermement qu'il soit nécessaire de se préoccuper et de réfléchir aux événements dangereux ou effrayants qui pourraient survenir ont en effet tendance à se soucier indûment et à entretenir des peurs sans fondement (Ellis

& Harper, 1975). Le taux d'anxiété habituel, l'anxiété d'évaluation, la peur de l'évaluation sociale négative et l'évitement social présentent de fortes corrélations avec le degré d'irrationalité ainsi qu'avec plusieurs des croyances irrationnelles (e.g. Goldfried & Sobocinski, 1975; Himle, Thyer & Papsdorf, 1982; Lohr & Bonge, 1981; Zwemer & Deffenbacher, 1984). Cependant de récentes études, basées sur des analyses de régression multiple avec des groupes extrêmes, démontrent la prépondérance de certaines croyances qui contribuent une variance unique et significative à la prédiction de la variable d'anxiété (Deffenbacher, Zwemer, Whisman, Hill & Sloan, 1986; Zwemer & Deffenbacher, 1984). Parmi ces croyances, la sixième constitue l'élément primordial dans la prédiction du taux d'anxiété habituel (Deffenbacher & coll., 1986; Zwemer & Deffenbacher, 1984) ainsi que dans la prédiction de l'anxiété d'évaluation et l'anxiété de parler en public (Deffenbacher & coll., 1986) lorsque ces variables sont mesurées simultanément avec des groupes analogues extrêmes. En vertu du lien étroit entre la sixième croyance et la variable d'anxiété, il semble très probable que la sixième croyance soit reliée à la composante d'anxiété dans la dépression majeure, plutôt qu'à la dépression en soi. Toutefois, il ne s'agit que d'une hypothèse à ce point-ci puisque les concepts d'anxiété et de dépression ne sont pas bien distincts, tel que discuté auparavant.

Bref, les hypothèses ont été confirmées au niveau de trois des quatre croyances irrationnelles incluses dans le schème final; la première croyance en la nécessité d'avoir l'approbation

sociale, la quatrième croyance que la frustration est intolérable et la neuvième croyance au déterminisme du passé. Par ailleurs, la sixième croyance qui n'avait pas été prévue, est tout de même comprise dans le schème. Les résultats des recherches provenant d'autres études connexes semblent suggérer que cette dernière soit reliée de plus près à la composante d'anxiété dans la dépression majeure.

Divergence par rapport aux hypothèses initiales

Le schème obtenu à l'analyse discriminante diffère du schème prévu à certains égards (voir p.142-143; appendice X) et il semble important de s'attarder aux croyances comprises dans le schème hypothétique qui ne sont pas ressorties dans le schème final. En effet, le schème hypothétique s'est avéré trop englobant de par son inclusion des deuxième, troisième, cinquième et septième croyances. Selon les résultats, ces croyances ne permettent pas de bien discriminer entre tous les groupes, quoique le groupe de patients déprimés semble adhérer à certaines d'entre elles plus fermement (C2, C5, C7). Il ne s'agit pas ici de multiplier les justifications ex post facto, mais plutôt de s'attarder aux sources possibles de divergences, ce qui peut permettre de clarifier la nature des difficultés reliées à la prédiction du schème de croyances.

Premièrement, la présence de divergences suggère qu'il est important d'examiner plus en détail la stratégie d'élaboration des hypothèses. Les hypothèses ont été établies d'après un relevé des croyances associées à la dépression de façon plus constante à

travers la recherche clinique. Il était sous-entendu que ce type de "méta-analyse" permettrait d'identifier les croyances plus particulièrement associées à la dépression; cependant il en demeure que ce filtrage des résultats basé surtout sur des statistiques univariées (études de Newmark et collaborateurs) n'est pas équivalent à un contrôle multivarié. D'autre part les résultats de l'étude de Lewinsohn et ses collaborateurs (1982), qui incluait des procédés multivariés, venaient confirmer les hypothèses, mais ceux-ci devaient être interprétés avec réserve. En effet, les conclusions de cette étude étaient issues de considérations post hoc et seuls des critères psychométriques d'évaluation de la dépression étaient inclus (voir p. 38). Bref, il était difficile de prévoir quelles croyances contribueraient une variance unique qui soit significative puisque les croyances irrationnelles sont en corrélation.

Il est également possible que la stratégie d'élaboration d'hypothèse ait été affectée par l'inclusion d'un groupe contrôle psychiatrique. En effet, la plupart des études précédentes dans ce domaine visaient la comparaison de groupes déprimés et de groupes de sujets normaux, et celles qui comparaient des patients déprimés et des groupes de patients psychiatriques comprenaient des groupes contrôles plus homogènes (en terme de diagnostic) dont l'intensité de la dépression n'était pas évaluée. Il était prévu que l'inclusion d'un groupe de patients psychiatriques non déprimés serve à atténuer les différences par rapport à ce qui avait été observé auparavant, puisque le facteur de "déviante psychologique" serait ainsi contrôlé. Toutefois, il était

difficile de prévoir précisément quel serait l'impact d'inclure ce groupe contrôle psychiatrique car les caractéristiques des sujets n'étaient pas connues à l'avance. Il semblait plausible que le groupe contrôle psychiatrique, ayant été choisi aléatoirement, serait plus hétérogène et ne présenterait pas de préférences quant au type de croyances adoptées. Le schème qui en ressort serait relié directement à l'"élément dépressif" et non à la situation hospitalière ou à la psychopathologie en général, d'où l'avantage de donner préséance dans la formulation d'hypothèses au consensus d'adhésion chez les patients déprimés (Newmark & Whitt, 1983; Newmark & Ziff, 1977). Les résultats de l'analyse de composantes principales, qui seront discutés plus loin, semblent indiquer par ailleurs qu'il y a certaines préférences dans le choix des croyances chez le groupe contrôle psychiatrique; reste à établir si ces résultats sont valides étant donné le peu de sujets impliqués.

Parmi les croyances irrationnelles qui avaient été prédites et qui ne font pas partie du schème dégagé à l'analyse du IBT, certaines méritent un examen plus approfondi. Ainsi la troisième croyance de tendance au blâme avait été comprise initialement dans le schème en vertu du lien postulé entre la tendance au blâme (croyance 3 au IBT) et le blâme de soi qui est caractéristique de la dépression (voir p.21). Il semble cependant possible que les items de la tendance au blâme n'aient pas été considérés par les sujets comme des énoncés pertinents pour soi puisque plusieurs items sont formulés en référant à autrui ou aux gens en général (appendice L; items se terminant par le chiffre

3). Cette hypothèse serait corroborée au niveau du RBI, puisque celui-ci comprend une échelle qui réfère davantage au blâme de soi, la sixième échelle, et que celle-ci fait effectivement partie du schème du RBI. Si le rôle de la croyance 3 s'avère moins important, ceci n'est pas nécessairement un reflet du rôle de la variable de blâme de soi dans la dépression.

En ce qui concerne la septième croyance selon laquelle l'évitement des problèmes et des responsabilités est préférable, les résultats sont aussi mitigés en considérant les réponses du RBI. La septième croyance au IBT n'a pas été incluse dans le schème alors que celle-ci (échelle 7 au RBI) est comprise dans le schème de comportements rationnels. La définition des construits peut difficilement être invoquée pour expliquer ce phénomène. Il semble qu'en vertu du plus grand nombre d'items et de sa plus grande variabilité, le IBT soit plus juste. Les résultats du IBT reflèteraient davantage l'importance réelle de cette croyance dans la dépression majeure, puisqu'au RBI seulement trois items représentent la septième échelle. En toute probabilité il y a lieu de conclure que la septième croyance ne joue pas un rôle très important au niveau du schème de croyances irrationnelles.

Concept d'irrationalité selon les groupes

Les données au IBT pour chaque groupe ont été soumises à l'analyse de composantes principales (limite d'un facteur) avec rotation varimax. Il s'agit d'une analyse supplémentaire qui déborde le cadre du problème central, mais qui est importante pour procéder à l'étude plus approfondie du facteur

d'irrationalité à l'inventaire IBT. En effet, d'après l'objectif de l'inventaire, le premier facteur orthogonal de l'analyse doit représenter l'irrationalité. Aussi est-il possible, en analysant chaque groupe séparément, de comparer la composition de ce facteur d'irrationalité à travers les groupes, du moins en fonction des croyances qui y sont corrélées (selon les coefficients de structure). Ceci permet également de délimiter ce que l'irrationalité "signifie", plus particulièrement chez le groupe de patients souffrant de dépression majeure.

Les résultats ont indiqué qu'au niveau du groupe de patients déprimés, le facteur principal est associé de près aux mêmes croyances qui se retrouvaient au niveau du schéma à l'analyse discriminante (comme avec tous les groupes d'ailleurs), c'est-à-dire à la première, à la quatrième, à la sixième et à la neuvième croyances. Cependant, deux autres croyances jouent un rôle aussi avec ce facteur, soit la seconde croyance (compétence absolue) et la cinquième croyance (contrôle des émotions). D'autre part, au niveau du groupe contrôle de patients non déprimés, les croyances reliées à la composante principale comprennent les croyances du schéma mentionnées ci-dessus ainsi que la deuxième (compétence absolue) et la septième croyance (éviter les problèmes et responsabilités). Enfin, avec le groupe de sujets normaux, le premier facteur est associé à toutes les croyances à l'exception de la huitième croyance (dépendance) et de la dixième croyance (recherche de la solution parfaite).

L'interprétation des résultats requiert beaucoup de prudence car les analyses ont été réalisées avec des groupes qui

comprennent peu de sujets (N=42) et la validité externe risque d'en être affectée. Les résultats seront discutés davantage en fonction des tendances générales qui ressortent de ces données, en portant une attention particulière aux résultats du groupe de patients déprimés. Il est donc important de garder à l'esprit qu'il s'agit de considérations susceptibles de clarifier le construit d'irrationalité mais qu'en l'absence de vérification plus poussée, il ne s'agit que de considérations à être vérifiées dans le futur.

En vertu de l'intérêt premier pour la dépression majeure, les résultats de l'analyse avec le groupe déprimé sont particulièrement pertinents. Bien que la composante principale obtenue lors de l'analyse factorielle soit reliée aux croyances du schème au IBT, deux autres croyances sont corrélées aussi avec cette composante, soit la croyance que la compétence absolue est nécessaire (C2) et la croyance qu'il est difficile voire impossible de contrôler ses émotions et que le malheur est de provenance externe (C5). Il s'agit de deux croyances qui ont été incluses dans le schème de croyances prévu et qui ne sont pas ressorties au niveau du schème final. Il semble que ces deux croyances ne varient pas de façon constante à travers tous les groupes et ne permettent pas de bien discriminer donc entre tous les groupes. Cependant d'après ces résultats, celles-ci pourraient tout de même avoir un rôle à jouer dans la cognition dépressive du moins au niveau du facteur d'irrationalité.

Ces résultats suggèrent aussi que la structure de l'irrationalité puisse être différente à travers les groupes.

En effet, le nombre de croyances associées à la composante principale est moindre dans les groupes de patients que dans le groupe contrôle de sujets normaux, et ce, malgré que le pourcentage de variance prédite par la première composante soit similaire au niveau de chaque groupe. Il semble que non seulement l'irrationalité caractéristique du groupe de sujets normaux soit moins prononcée (ou intense), avec une moindre adhésion aux croyances irrationnelles, mais qu'il s'agisse aussi d'un facteur plus "hétérogène" puisque plusieurs croyances y sont reliées. Ceci indique qu'il s'agit bien du facteur d'irrationalité puisque ce premier facteur orthogonal est associé à un grand nombre de croyances. D'après cette tendance des résultats, la psychopathologie serait cependant associée à des croyances irrationnelles plus "fortes" (adhésion plus ferme) et aussi à un moins grand nombre de croyances globalement. L'irrationalité deviendrait plus intense avec la psychopathologie, mais il y aurait davantage d'accent sur certaines croyances plus particulières. Il en découle que ces croyances irrationnelles sont dominantes à travers les actions et les réactions de l'individu déprimé et, donc, plus saillantes.

En résumé, le concept d'irrationalité semble varier à travers les trois groupes d'après les résultats de l'analyse de composantes principales. Il tend à y avoir non seulement une adhésion plus forte aux croyances chez les patients, mais aussi le facteur d'irrationalité est plus homogène, c'est-à-dire qu'il est associé à un moins grand nombre de croyances. Ensuite au niveau du groupe de patients déprimés plus particulièrement,

l'irrationalité est associée au schème mais aussi à deux autres croyances; il s'agit de la seconde croyance et de la cinquième croyance, qui avaient toutes deux été incluses dans les hypothèses relatives au schème de croyances. Celles-ci pourraient jouer un rôle dans la dépression bien qu'elles ne permettent pas de bien discriminer entre tous les groupes.

Considérations additionnelles: Schème de comportements rationnels

Le schème dégagé de l'analyse du test RBI (présenté en p.143) devait d'abord servir à vérifier les résultats au IBT, mais il avait été précisé qu'il serait intéressant aussi d'explorer les résultats additionnels. Dans cette section seront abordés les résultats des trois échelles du schème au RBI qui n'ont pas d'analogues au niveau de la liste originale de croyances irrationnelles. Il s'agit de la seconde, la quatrième et la neuvième échelle. Tout comme avec les autres échelles du schème, les groupes se distribuent d'une façon précise au niveau de ces variables: les patients déprimés présentent un score significativement plus faible que le groupe contrôle psychiatrique et que le groupe contrôle normal, alors qu'une différence significative s'insère entre les deux groupes contrôles, le groupe contrôle normal affichant un score supérieur.

La présence de la seconde échelle dans le schème au RBI indique que le groupe de dépression majeure peut-être différencié des autres groupes en fonction de la tendance qu'ont ces sujets à manifester une attitude punitive ou culpabilisante face à la

transgression des moeurs et des valeurs traditionnelles. Une analyse des items de l'échelle révèle que cette attitude peut s'appliquer à soi et à autrui, mais que les items réfèrent plutôt à des principes (ex: douter de la Bible) qu'à des événements interpersonnels précis. Les théories psychodynamiques se sont adressées plus spécifiquement à cet aspect au niveau du concept de personnalité dépressive (Altman & Wittenborn, 1980), un concept qui a été apparenté à ce que la théorie cognitive et la théorie de la résignation acquise ont qualifié de "style cognitif" (Hamilton & Abramson, 1983). Dans cette perspective, la seconde échelle fait référence (dans sa version irrationnelle) à une attitude moraliste et conformiste qui correspond à un idéal de soi élevé, attitude qui est nécessaire pour atténuer ou compenser l'image de soi négative que la personne s'attribue et ainsi se rendre davantage acceptable à ses propres yeux (Bemporad, 1985).

Ensuite, la quatrième échelle a été comprise dans le schème et ne comporte pas vraiment d'analogie au niveau des croyances, bien que celle-ci soit apparentée indirectement à la croyance en la nécessité de l'approbation sociale (C1). Cette échelle correspond à la tendance à fonder ses jugements, soit d'après l'opinion d'autrui (conduite irrationnelle), soit d'après ses propres critères (conduite rationnelle). Dans le cadre des théories de la dépression, cette tendance à adopter les critères d'autrui est intimement liée à la survalorisation de l'opinion d'autrui (Bemporad, 1985) et à la recherche de l'approbation d'autrui au détriment du développement de son propre jugement

(Beck, Epstein & Harrison, 1983; Gilbert, 1986).

Enfin, la neuvième échelle est particulièrement importante puisque celle-ci s'inscrit directement dans le cadre de la théorie cognitive de la dépression; il s'agit de l'évaluation négative de soi (conduite irrationnelle) par opposition à l'évaluation positive ou au refus de s'évaluer (conduite rationnelle). Cet élément est crucial dans le cadre de la théorie cognitive de la dépression puisque celui-ci reflète à la fois un symptôme, conséquent à la perte d'un aspect du soi qui était valorisé, ainsi qu'une croyance plus fondamentale en l'infériorité du soi (Beck, 1967, 1976). D'autre part, l'inclusion de cette échelle dans le schéma au RBI vient attester de la validité des résultats puisque cet aspect représente un élément de la dépression maintes fois confirmé. En effet le schéma de soi a fait l'objet d'études sur le rappel préférentiel d'adjectifs négatifs en rapport avec le soi (Derry & Kuiper, 1981). Ces études mettent en évidence le schéma de soi négatif chez des patients souffrant de dépression chronique, un schéma dont le rôle est ici confirmé par l'adhésion préférentielle à la neuvième échelle du RBI.

Différences dues au sexe dans la dépression majeure

La proportion de sujets de chaque sexe (F:H) dans cette étude est exactement de 2:1, ce qui correspond de près à la proportion de 2.3:1 rapportée par Williams et Spitzer (1983) dans les études sur l'application du DSM-III. Bien que ce projet-ci ne comportait pas de caractère épidémiologique et qu'il n'était pas

prévu d'étudier la prévalence de dépression chez la femme, ces résultats témoignent néanmoins de la validité des données de cette étude quant à la répartition des sujets de chaque sexe. Il était prévu par ailleurs d'explorer les différences dues au sexe dans le schème de croyances irrationnelles. A cette fin, des analyses de variance multivariées à deux dimensions (sexe, groupe) ont été réalisées avec les croyances irrationnelles (IBT), puis avec les comportements rationnels (RBI).

Les résultats d'analyses effectuées avec les données du IBT et celles du RBI ont indiqué l'absence de différences significatives pour la variable du sexe ainsi que pour l'interaction entre les variables de sexe et de groupe. L'absence d'un effet d'interaction vient répondre à la question des différences dues au sexe dans la dépression: non seulement n'y a-t-il pas de différence significative entre les sujets de chaque sexe à l'intérieur de chaque groupe, mais les différences qui existent entre les sujets de chaque sexe provenant de groupes différents (pour former 6 cellules) sont uniquement attribuables à la variable de groupe. Ces résultats sont clairement en faveur de l'absence de différences dues au sexe au niveau du schème de croyances irrationnelles associé à la dépression majeure (et au niveau des deux autres groupes par la même occasion). Ni les croyances irrationnelles ni les comportements rationnels ne varient significativement en fonction du sexe des sujets de sorte qu'il est permis d'affirmer que les patients et patientes déprimés présentent sensiblement le même schème de croyances irrationnelles et de comportements rationnels.

En ce qui a trait au groupe de patients déprimés, l'explication la plus probable de ces résultats réside dans la rigueur des critères de sélection des groupes. En effet, ces critères visaient à épurer les groupes et surtout le groupe de patients souffrant de dépression majeure. Il est prévu que ce groupe donc soit plus homogène, ce qui se reflète également au niveau des variables dépendantes. D'ailleurs, au sujet des différences dans la survalorisation (compétence, affiliation), Gilbert (1986) mentionne que, sous-jacent à la survalorisation de la compétence chez l'homme déprimé, se retrouve la survalorisation de l'approbation sociale comme facteur de base. Selon lui, cette survalorisation de la compétence s'associe au rôle masculin et vient masquer un motif plus fondamental de revalorisation de soi à travers l'opinion d'autrui, une préoccupation qui ressortirait lorsque la personne subit un échec professionnel et qui prendrait la forme de ruminations à propos de "qu'est-ce qu'ils vont penser?". Il est possible qu'avec des populations analogues, qui manifestent moins de perturbation, la solution de compétence soit encore valide et efficace et que la prépondérance de la première croyance reste masquée. Néanmoins, lorsque la dépression s'intensifie le rôle de la première croyance deviendrait plus prononcé.

Ces résultats négatifs suggèrent qu'en présence de syndromes clairement définis, les différences dues au sexe s'estompent, et ce, même au niveau du schème de croyances irrationnelles sous-jacent. Il semble donc nécessaire de jeter un regard critique sur les études qui affichent des résultats

significatifs, spécialement les études auprès de populations analogues. Les différences citées dans les études sur la symptomatologie dépressive pourraient ainsi être attribuables davantage à des variables d'interférence ou à des erreurs dues à l'emploi de statistiques moins appropriées. D'ailleurs, des études récentes, dont les résultats reposent sur des procédés statistiques multivariés, rapportent l'absence de différences dues au sexe au niveau de concepts reliés à la dépression tel que le niveau d'estime de soi (Daly & Burton, 1983). L'analyse de covariables pertinentes serait donc à suggérer comme démarche future, compte tenu des résultats de ce projet et d'études comme celle de Daly et Burton (1983), de même que l'utilisation de critères plus stricts d'évaluation de la dépression.

Au niveau des autres groupes, il n'y avait pas d'hypothèses spécifiques quant aux différences dues au sexe. Cependant les études auprès de populations normales étant plus nombreuses, il est possible d'avancer quelques propos quant aux résultats de ce groupe. Au niveau du groupe de sujets normaux, aucune sélection autre que l'appariement avec le groupe cible n'a été exercée de sorte que l'explication en terme des critères de sélection est peu probable. Il semble plus probable que les sujets, qui sont des étudiants à temps partiel pour la plupart, valorisent l'éducation et qu'ils soient moins influencés par les stéréotypes ou qu'ils soient dégagés des valeurs traditionnelles. Cette hypothèse est partiellement confirmée par la comparaison avec les données de développement du test IBT (Jones, 1968). Bien que les comparaisons n'aient pas été basées

sur des statistiques multivariées lors du développement de ce test, les résultats comportaient des différences dues au sexe au niveau de l'adhésion à certaines croyances alors que les études plus récentes effectuées auprès de populations universitaires (Smith, 1982) révèlent l'absence de différences dues au sexe. Il reste probable que la révolution sexuelle des années 60 soit intervenue de façon à niveler ces différences au IBT comme à d'autres égards.

En résumé, il semble important donc de porter une attention spéciale à la variable d'histoire ainsi qu'aux variables d'interférence dans l'étude des différences dues au sexe. Globalement, les résultats indiquent l'absence de différences dues au sexe au niveau du schème de croyances irrationnelles associé à la dépression majeure. De sorte que si le prodrome de dépression pourrait être différent chez l'homme en fonction de facteurs psychosociaux liés au rôle sexuel (Gilbert, 1986), il en demeure que l'entité clinique de dépression majeure demeure la même quant au schème de croyances. Les facteurs psychosociaux liés au rôle sexuel et à la condition féminine risquent d'être plus directement et plus clairement impliqués dans la prévalence de dépression chez la femme (Nolen-Hoeksema, 1987).

Conséquences pour la théorie émotivo-rationnelle

Au-delà de la contribution prévue dans l'introduction (voir p.44), le sujet de cette étude constitue une préoccupation contemporaine dans le cadre de la TER, ce qui rend les résultats

particulièrement pertinents au point de vue théorique. Non seulement le lien entre la TER et la théorie cognitive de la dépression a été mis en relief à maintes occasions dans la dernière décennie (Di Giuseppe, Miller & Trexler, 1977; Ellis, 1973; Ellis, 1977; Eschenroeder, 1982), mais tout récemment Ellis (1987)¹ s'est adressé à la problématique dépressive plus particulièrement. Les résultats de cette étude viennent porter atteinte à certains des propos d'Ellis (1987) au sujet de la dépression, de sorte qu'il semble important d'en discuter brièvement. Un résumé des récentes hypothèses d'Ellis (1987) au sujet de la problématique dépressive sera présenté pour mieux faire le parallèle ensuite avec les résultats de cette étude.

En ce qui concerne la dépression, Ellis (1987) a présenté tout récemment un modèle englobant qui concède de la validité à toutes les perspectives des théories cognitives-comportementales, incluant les contributions de Beck, Lewinsohn, Rhem et Seligman. Il affirme en effet que toutes les cognitions dépressives proposées dans ces cadres conceptuels peuvent s'associer à la dépression et qu'il ne s'agit donc pas d'un lien causal nécessaire à ce niveau, mais plutôt d'un "contenu" ou d'une thématique quelconque. Cependant, il avance qu'il y a un élément central à la cognition dépressive, soit un élément de revendication, de "catastrophisation" ou une qualité extrême (Ellis, 1985; Ellis & Becker, 1982; Ellis & Bernard, 1985). Selon lui, c'est ce processus de pensée extrême (non

¹ cet article est paru durant la phase d'expérimentation de la thèse et n'a donc pas été considéré au niveau des hypothèses.

acceptation) et inflexible qui permet de distinguer entre la tristesse et la dépression. Il rapporte plusieurs exemples de ce phénomène dont, en l'occurrence, que la personne déprimée aurait non seulement une vision négative de soi, du monde et/ou du futur, mais surtout qu'elle croirait qu'il ne devrait absolument pas en être ainsi, que c'est trop injuste, que c'est intolérable, etc. Cet élément d'intolérance juxtaposé à la triade cognitive de Beck serait le seul élément à la fois suffisant et nécessaire pour susciter la dépression selon lui.

En effet, il semble possible de transposer ces nouvelles formulations au sujet de la dépression au contexte de cette étude pour tenter d'établir un premier rapprochement qui permette d'évaluer la solidité des affirmations d'Ellis. D'abord Ellis (1987) affirme que la composante cognitive cruciale pour susciter la dépression consiste en des "processus" de pensée qui sont évaluatifs du soi, revendicatifs ou extrêmes. Au niveau du IBT, il est possible de débattre que chaque croyance irrationnelle prise littéralement fait référence à des processus de pensée qui comportent une telle qualité extrême. Donc l'adhésion ferme à une ou à plusieurs croyances, indépendamment du type de croyance, serait suffisante pour satisfaire l'exigence première d'Ellis. L'aspect qu'Ellis considère non seulement suffisant, mais nécessaire dans la dépression pourrait correspondre dans cette étude à une adhésion ferme aux croyances. Et effectivement, la dépression majeure s'associe à un degré d'irrationalité (total au IBT) plus élevé.

Quant au rôle qu'Ellis accorde aux diverses cognitions des

théories cognitives comportementales, il semble en cela référer davantage au "contenu cognitif", dont on retrouve un analogue au niveau du type de croyances adoptées. Par contre, Ellis accorde une importance égale à toute cognition de sorte qu'il y a lieu de prévoir que le type de croyances adoptées varie beaucoup dans la dépression. Et effectivement, un retour au tableau 2 (p.26) indique que, même en ne considérant que certaines théories cognitives-comportementales de la dépression, il est possible d'établir un lien avec chacune des croyances; toutes les croyances pourraient "théoriquement" s'associer à la dépression. Cependant, cette thèse permet d'affirmer que dans la dépression majeure, il ne s'agit pas seulement de processus de pensée extrêmes tel que le démontre une adhésion plus ferme aux croyances irrationnelles, mais aussi que certaines croyances sont plus directement associées à la dépression. Les affirmations d'Ellis (1987) à propos de la prédominance d'éléments extrêmes vis-à-vis des cognitions dépressives restent donc à établir. A ce point-ci, le principe de parcimonie et les résultats de la recherche ne permettent pas d'appuyer cette perspective.

En second lieu, d'après les résultats de cette étude il est possible de formuler des recommandations et des directions pour la recherche future. La thèse consiste en une étude corrélationnelle qui vise l'examen des différences individuelles et non les inférences causales. Le rôle d'une telle étude corrélationnelle est important dans le cadre de la recherche, notamment pour permettre de comprendre comment les différences individuelles (au sens large) peuvent interagir avec des

paradigmes expérimentaux et situationnels pour produire des résultats différents (Eysenck, 1987). Le schème de croyances procure des indices pour expliquer les résultats d'expériences futures, mais il sert aussi de mise en garde dans le contexte de l'évolution de la TER. Compte tenu du manque de distinction au niveau de la TER, ces résultats démontrent qu'il reste important de considérer et/ou de contrôler l'effet du type de psychopathologie au niveau de la recherche et de la théorie.

Le schème de croyances irrationnelles associé à la dépression peut contribuer d'autre part à orienter des études sur l'application et la validité du modèle ABC. Il serait ainsi important d'explorer d'autres dimensions du modèle ABC dans la problématique dépressive, dont l'origine des croyances et le lien avec des antécédants de vie particuliers. Ellis impute l'origine des croyances surtout à des facteurs biologiques (Ellis, 1973), alors que des auteurs ont affirmé que le rôle de facteurs psychosociaux dans le développement de croyances est également important à considérer (Eifert, 1984; Prud'homme & Baron, 1985; Zettle & Hayes, 1980). Au niveau de la problématique dépressive plus spécifiquement, il semble que de telles considérations soient cruciales, car certains événements de vie ont été reliés à la dépression lors d'études prospectives (Brown & Harris, 1978). L'étude de l'origine des croyances est fondamentale pour mettre à l'épreuve le parallèle avec la théorie cognitive de la dépression, c'est-à-dire pour déterminer s'il s'agit de structures cognitives établies au préalable (durant l'enfance ou l'adolescence), qui sont latentes jusqu'à ce que des événements

précipitants, semblables aux événements qui sont à la source des structures, les réactivent à nouveau. Il est évident que la validité du modèle de diathèse-stress qui a été appliqué à la dépression en dépend.

Une méthodologie plus complexe pourrait aussi être appliquée afin de mieux comprendre et étudier les relations (et interactions) entre les diverses composantes du modèle cognitif (ABC) de la dépression (Coyne & Gotlib, 1986; Segal & Shaw, 1986; Smith, 1982). Un modèle multivarié permettant d'étudier le schème de croyances en relation avec les événements déclencheurs et les distorsions cognitives serait utile afin de mieux comprendre la dépression dans le contexte de la TER. Cooke et Peterson (1986) ont effectué une telle étude multidimensionnelle du modèle avec des étudiantes qui avaient reçu un diagnostic de dépression majeure (N=10) et de désordre dysthymique (N=2). Bien qu'il s'agissait d'un petit nombre de sujets, cette étude visait les trois aspects rétrospectivement. La procédure exigeait des sujets qu'ils relatent trois événements négatifs survenus durant la dernière année pour ensuite les enjoindre de décrire la cause de ces événements et de justifier cette explication. Bien que les sujets déprimés et non déprimés aient décrit approximativement le même nombre d'événements (approx. 2.6) et que, selon la cotation de juges naïfs, ceux-ci étaient aussi stressants dans les deux groupes, les justifications étaient différentes: les déprimés étaient moins susceptibles de justifier leurs attentes causales de façon logique (selon la covariance d'information), proposant davantage d'explications illogiques,

selon la cotation des juges. Peu de données étaient rapportées à propos du IBT et du BDI, sauf pour la tendance générale des déprimés à adhérer à des énoncés évaluatifs du soi, ce qui contribuait à hausser significativement le degré d'irrationalité chez le groupe dépressif ($p < 0.02$). Il demeure que l'étude de la problématique dépressive avec un tel modèle interactionnel et multidimensionnel, basé sur des événements concrets de la vie de la personne, constitue un test encore plus représentatif et plus puissant des hypothèses des théories cognitives comme la TER.

Enfin, en vertu des résultats "positifs" de cette thèse, d'autres considérations d'ordre empirique sont importantes à aborder à court terme. D'abord dans le contexte de la recherche future sur la TER et la problématique dépressive, il est important que l'étude soit reproduite afin de s'assurer de la validité externe des résultats. Il s'agit de répéter le protocole de recherche ou de confirmer ces résultats avec l'emploi d'autres instruments qui soient d'un format différent (moins structuré, plus projectif). Le nombre de sujets dans cette étude est suffisamment grand pour que les résultats soient représentatifs de l'échantillon, c'est-à-dire d'une population anglophone et bilingue, de race blanche en majorité, et qui provient surtout de la région de l'Outaouais ontarien. Seulement la recherche future permettra de déterminer ultimement si les résultats sont stables et s'il y a lieu de généraliser au-delà de la population cible de l'échantillon.

Le développement d'instruments plus raffinés pour évaluer les croyances irrationnelles serait aussi nécessaire afin de

jauger la validité du schème. D'une part, il serait important dans un contexte théorique d'élaborer un instrument qui permette de distinguer exactement les deux composantes qu'Ellis associe à la dépression, soit la qualité extrême et le "contenu" des cognitions. De cette façon, le parallèle entre les résultats de cette thèse et les nouvelles hypothèses d'Ellis pourrait être mis à l'épreuve. Egalement, il serait important de reproduire les résultats avec des instruments moins structurés. Bien que le IBT et le RBI soient les instruments les plus valides parmi les inventaires, leurs items constituent un choix forcé, une auto-évaluation, et leurs questions sont parfois générales, étant reliées de plus près au comportement ou au sentiment (Beidel & Turner, 1986; Ramanaiah, Heerboth & Schill, 1986). L'évaluation des croyances par le truchement d'une entrevue pourrait correspondre de plus près à la situation du sujet et il serait préférable aussi d'inviter la personne à s'imaginer des situations pour juger de la généralisation des croyances à des situations moins familières. Il s'agirait d'un test encore plus exigeant pour évaluer la généralisation du schème de croyances, notamment si ce protocole s'accompagne de l'évaluation des croyances par des inventaires au préalable. La correspondance entre les deux "instruments" pourrait être évaluée.

En résumé, les résultats de cette étude présentent des conséquences pour l'évolution de la théorie d'autant plus que la dépression constitue un sujet d'actualité en TER. Ce n'est que récemment qu'Ellis (1987) s'est prononcé à propos de la dépression et ses hypothèses font contraste avec les résultats de

cette thèse. D'un côté, Ellis accorde une importance égale à tous les éléments cognitifs ("contenus"); de l'autre, la thèse a révélé qu'un schème précis de croyances irrationnelles est relié à la dépression majeure. Les résultats positifs de cette thèse présentent aussi d'autres conséquences à long terme pour la recherche dans le domaine, entre autres: (1) de mettre l'accent sur l'importance de l'étude des différences individuelles en TER, (2) de permettre de mieux articuler l'étude des antécédants de vie dans la dépression, et (3) d'aider à formuler des hypothèses dans le contexte d'études qui s'inspirent d'une méthodologie plus complexe. Néanmoins il serait important à court terme de viser à confirmer la validité externe des résultats de la thèse soit en reproduisant l'étude intégralement ou en employant des instruments moins structurés.

Conséquences pour la recherche sur la cognition et la dépression

La délimitation du schème de croyances irrationnelles associé à la dépression majeure s'insère aussi dans un contexte plus vaste que celui de la théorie et de la recherche émotive-rationnelle, soit dans le courant de la recherche cognitive sur la dépression. L'analyse de l'évolution de ce courant de recherche peut procurer des indices quant à la démarche à prendre pour faire avancer la TER et la recherche sur la dépression à la fois. En effet, la similitude entre le modèle ABC proposé par Ellis et la théorie cognitive est suffisamment prononcée pour justifier le parallèle avec l'évolution des modèles cognitifs de la dépression. Selon ce parallèle, le schème

de croyances irrationnelles constitue une structure stable dans la dépression et la détermination des structures cognitives stables constitue une étape "descriptive" dans l'étude plus approfondie du modèle ABC (TER) ou de l'activation des structures (théorie cognitive). Cette étude permet d'en déterminer les composantes sous forme de croyances irrationnelles distinctes, plus spécifiquement d'un schème de croyances associé à la dépression majeure.

Malgré que l'étape descriptive soit importante dans l'étude de tous types de psychopathologie avec la TER (Ellis & Ratliff, 1986), plusieurs aspects demeurent encore incertains, dont le rôle exact du schème de croyances dans la symptomatologie dépressive. Poursuivant le parallèle avec la théorie cognitive, il reste important d'établir si le schème de croyances constitue un "épiphénomène" (Coyne & Gotlib, 1983; Lewinsohn, Steinmetz, Larson & Franklin, 1981) ou un élément stable de la dépression qui joue un rôle causal. Depuis l'article de Zajonc (1980), qui a contribué à remettre en question la primauté des cognitions dans l'émotion, plusieurs études se sont adressées à cet aspect en s'inspirant du contexte de la théorie cognitive et plusieurs stratégies en sont issues.

En effet, certaines études au niveau de la théorie cognitive ont examiné le problème de causalité avec l'étude des patients en rémission, plus particulièrement des attitudes dysfonctionnelles qu'ils rapportent. Les résultats sont mitigés: certains suggèrent que les structures ou schèmes dépressogènes chez les patients souffrant de dépression majeure sont instables

puisque ces structures reviennent à un niveau comparable à la normale (et à celui d'un groupe contrôle non déprimé) lors de la rémission de l'épisode dépressif (Hamilton & Abramson, 1983; Silverman, Silverman & Eardley, 1984; Simons, Garfield & Murphy, 1984). D'autres études démontrent que les structures sont encore significativement plus fortes selon les résultats au DAS, autant après quelques semaines (Dodson & Shaw, 1986) que lorsque les patients sont en rémission (Dodson & Shaw, 1986; Eaves & Rush, 1984). A ce niveau, la stabilité des structures sous-jacentes à la dépression reste à établir.

De prime abord, l'application d'une telle stratégie de recherche dans le contexte du schème de croyances semble vouée aux mêmes résultats que la recherche basée sur les attitudes dysfonctionnelles: le fait de rendre les concepts plus clairs ne risquerait pas de les rendre plus stables. De plus, une telle réfutation de stabilité ne constitue pas en soi une preuve d'instabilité selon la théorie cognitive. Beck affirme en effet que les schèmes dépressogènes reviennent à l'état latent lorsque le patient se remet de sa dépression. En suivant le parallèle avec la théorie cognitive, il semblerait qu'on parvienne aux mêmes dilemmes de sorte que des méthodes plus raffinées soient nécessaires.

D'autres stratégies de recherche ont été proposées pour aborder le problème du lien causal, dont l'étude de la prédisposition cognitive à la dépression sous forme d'activation différentielle des schèmes (Teasdale, 1983; Teasdale & Dent, 1987). Cette hypothèse présuppose que les gens déprimés

soient plus sensibles à l'activation de schèmes dépressogènes, donc davantage susceptibles de persister dans la dépression et d'en développer des formes plus sévères, plus durables (Teasdale & Dent, 1987). Pour vérifier cette hypothèse différentielle, l'effet de l'induction d'humeur a été évalué chez les personnes déprimées qui étaient remises et chez des personnes n'ayant jamais eu d'épisode dépressif; d'intérêt, sont les effets sur l'humeur dépressive et sur le rendement à des tâches cognitives (Bower, 1981; Teasdale & Dent, 1987). Un parallèle est possible à ce niveau avec la TER puisque des procédures d'activation ont été utilisées dans le contexte de la TER afin de vérifier l'hypothèse d'une sensibilité accrue associée à l'irrationalité.

Cash, Rimm et MacKinnon (1986) ont comparé l'effet d'une procédure d'induction d'humeur ("Velten Mood Induction Procedure"; Velten, 1966) chez des étudiants dits irrationnels et chez des étudiants dits rationnels (selon le score au IBT). Bien que les deux groupes aient été comparables au début au niveau de toutes les échelles selon les résultats d'une analyse de variance multivariée, il apparaissait que les étudiants dits irrationnels ont été davantage affectés par la procédure d'induction négative (comparaison avec induction neutre) que les étudiants rationnels ne l'étaient. De plus, les étudiants irrationnels étaient moins affectés par les procédés d'induction positive que leurs homologues rationnels. L'effet n'était cependant pas spécifique à la dépression, puisque les niveaux d'anxiété ont varié de la même façon; également, le taux d'hostilité rapporté par les sujets s'est accru suite à

l'induction négative.

Les résultats vont globalement dans la même direction que ceux de Goldfried & Sobocinski (1975), bien que ces auteurs aient rapporté des effets seulement au niveau du taux de colère et d'anxiété et non au niveau de la dépression. Goldfried et Sobocinski (1975) ont démontré que les sujets qui présentaient un score élevé à la première croyance (dits irrationnels) étaient plus affectés que les sujets rationnels lorsqu'ils étaient soumis à une procédure d'induction par imagerie de rejet social. Ces deux études semblent indiquer que les sujets irrationnels soient plus sensibles à l'induction d'humeur. Toutefois il convient d'être prudent quant aux conclusions prématurées en vertu, d'une part, de l'échec de Craighead, Kimball & Rehak (1979) à reprendre la procédure de Goldfried & Sobocinski (1975) et, d'autre part, de la nécessité de vérifier ces résultats auprès d'une population clinique.

L'apport du schème de croyances au niveau de ce type de recherche serait des plus pertinents puisque les croyances constituent des balises, étant typiques de la dépression majeure; l'adhésion préférentielle au schème de croyances pourrait être un indicateur d'activation différentielle plus sensible que le score total au IBT, et plus particulier à la dépression. Il y aurait lieu de prévoir ainsi que les sujets qui adhèrent davantage au schème de croyances, bien qu'ils ne soient pas plus déprimés, soient plus sensibles à la procédure d'induction. Une telle évidence serait importante dans ce contexte et permettrait d'étudier le rôle du schème de croyances davantage, notamment en

effectuant un pairage des sujets au préalable selon l'intensité de la dépression initiale et certains facteurs démographiques. D'autre part, ces croyances réfèrent à des types d'événements particuliers qui pourraient orienter le développement de procédés d'induction d'humeur plus efficaces. Des procédés d'imagerie qui s'inspirent de situations analogues à la frustration (croyance #4) par exemple, pourraient produire un plus grand impact chez les déprimés (remis) que chez les non déprimés. Ces questions gagneraient aussi à être étudiées dans le cadre d'un modèle plus englobant, qui accorde un rôle aux antécédents personnels du sujet, et qui réfère à une méthodologie de recherche plus complexe, tel que mentionné auparavant (Cooke & Peterson, 1986). Non seulement plusieurs hypothèses peuvent être formulées d'après ces résultats, mais celles-ci sont plus spécifiques à la dépression et plus raffinées. La vérification de cette hypothèse lors de l'épisode dépressif, puis au cours de la réintégration dans le milieu naturel pourrait permettre d'étudier si ces éléments sont maintenus malgré la rémission de la dépression, en présence et en l'absence des stressseurs sociaux et familiaux, et même lors de la rechute si tel est le cas.

Toutefois, en l'absence de manipulation expérimentale des croyances irrationnelles, il reste difficile d'examiner convenablement l'hypothèse de causalité (Smith, 1982). Bien que cette étude soit corrélationnelle, le schème de croyances pourrait servir dans le contexte de l'étude de cette question. En effet, il semble que le contexte thérapeutique soit particulièrement approprié à l'étude de cette question; les

études sur les résultats d'interventions thérapeutiques ("Treatment Outcome Studies") constituent un second niveau de recherche propice à mettre en lumière le rôle des croyances irrationnelles, bien que ce soit de façon indirecte. Les interventions thérapeutiques qui font l'objet de telles études sont à la fois suffisamment puissantes et de longue durée pour susciter des changements au niveau des structures cognitives telles que les croyances et pour se qualifier en tant que "manipulations expérimentales". Etant donné la grande variété de facteurs susceptibles d'interférer, il est important de rester conscient des difficultés d'exercer un contrôle expérimental qui soit suffisant pour dégager clairement un lien de causalité nécessaire (Smith, 1982). D'effectuer des séries d'études visant la covariance des croyances pourrait être utile dans ce contexte et le schème de croyances permettrait de délimiter dans ce contexte les croyances les plus pertinentes à la dépression majeure. On peut en déduire qu'une intervention axée vers la remise en question et le changement des croyances du schème permette de diminuer les symptômes et/ou de les enrayer plus rapidement que la TER telle que pratiquée traditionnellement.

La recherche sur les résultats d'interventions thérapeutiques en TER, et encore davantage la recherche appliquée plus spécifiquement à la dépression, semble la direction la plus fructueuse à prendre, autant en terme du contexte théorique qu'en terme du contexte clinique. En effet, bien que la vérification d'hypothèses de causalité soit intéressante, certains auteurs en questionnent l'"utilité fonctionnelle" et le fondement

(Martin, 1987; Zettle & Hayes, 1980). Le problème de la causalité est issu d'une polémique antagoniste qui a pris source dans le milieu académique et qui a été alimentée des deux côtés par une attitude polarisée de perdre ou gagner (Martin, 1987), une attitude de pensée polarisée qui est dénoncée comme simpliste dans le cadre même des modèles thérapeutiques qui sont en question dans la polémique. D'ailleurs, cet élément de simplisme se reflète au niveau des études qui en sont issues puisque les études sur la stabilité des structures cognitives sous-jacentes à la dépression comportent davantage d'intérêt pour le théoricien que pour le praticien; ces études ajoutent peu à la pratique de la TER ou de la thérapie cognitive. Bref, le problème de la causalité a été dénoncé à maintes reprises comme un faux problème et par des adeptes de la TER (Zettle & Hayes, 1980) et par des têtes d'affiche de la théorie cognitive (Beck, 1984; Segal & Shaw, 1986). Il semble que les études de résultats d'interventions thérapeutiques soient plus en mesure de faire avancer la théorie et la pratique de façon équitable, sans compter que cette stratégie de recherche se prête mieux à l'étude des relations entre les variables, causales ou non. Il est donc à souhaiter que la recherche s'oriente davantage en ce sens.

En résumé, les résultats de cette étude s'inscrivent dans un courant de recherche plus vaste qui porte sur les structures cognitives dans la dépression. Dans ce contexte, les résultats de la thèse peuvent contribuer à la formulation d'hypothèses plus précises, surtout dans le contexte d'études sur le facteur de

vulnérabilité et avec l'emploi de méthodologie plus complète et plus complexe. En effet, le schème de croyances réfère à des événements auxquels la personne dépressive pourrait être plus sensible en fonction de son adhérence à ces croyances. Quelques autres suggestions de recherche ont été présentées, qui illustrent l'apport des résultats de la thèse.

Conséquences pour la thérapie émotive-rationnelle

Les résultats de cette étude présentent aussi des conséquences pour la pratique de la TER, bien que celles-ci soient plus indirectes. Le schème de croyances regroupe les croyances les plus typiques de la dépression majeure. D'intervenir d'abord au niveau de ce schème pourrait permettre de surmonter des obstacles particuliers au traitement de la dépression. En effet, chez les patients souffrant de dépression majeure, les prémisses irrationnelles sont non seulement très défaitistes mais aussi le patient en manifeste plusieurs types. De s'attarder à chacune d'elle peut contribuer à décourager encore davantage un patient qui se sent fatigué, résigné et démoralisé en vertu de la dépression. De limiter les objectifs au schème de croyances donne l'occasion au patient de se familiariser avec les principes de la TER, sans s'encombrer de toute la liste de croyances. Ceci risque de rendre la TER plus accessible puisque des principes, tel l'ABC, peuvent être plus aisés à comprendre lorsque ceux-ci sont appliqués à un petit nombre de croyances. De plus, les autres croyances moins pertinentes à la dépression peuvent tout de même être introduites

plus tard lorsque le patient se sent mieux. Bref, le schème de croyances pourrait servir à orienter le processus thérapeutique par l'établissement de priorités et d'objectifs limités au début pour maximiser l'impact de l'intervention à long terme.

D'établir des priorités d'intervention centrées sur le schème de croyances pourrait aussi être important avec des problèmes connexes, entre autres lorsqu'il y a risque de suicide. En vertu du nombre élevé de patients déprimés qui sont suicidaires, intervenir en priorité au niveau des croyances les plus pertinentes pourrait s'avérer des plus efficaces. Il s'agit d'une hypothèse d'autant plus significative que l'étude de Ellis & Ratliff (1986) indique que parmi les patients déprimés, il ressort peu de différences significatives à l'analyse discriminante entre les groupes de patients suicidaires ("scale for suicidal ideation") et de patients non suicidaires, en terme des croyances irrationnelles (IBT) auxquelles ils adhèrent. Seule la cinquième croyance permettrait en effet de distinguer entre ces deux groupes. Les patients suicidaires adhèrent davantage à la croyance en l'irresponsabilité émotive. Lors de l'intervention en situation de crise, il pourrait être pertinent de s'adresser directement à la cinquième croyance (manque de contrôle) et au schème de croyances.

L'apport du schème de croyances ne se limite cependant pas à la situation de thérapie individuelle, le schème peut s'avérer encore plus pertinent à l'élaboration de programmes de thérapie de groupe. Dans le contexte clinique actuel, la restriction des ressources a stimulé le développement de

programmes d'interventions de groupe, de façon générale et selon le modèle de la TER (Ellis, 1973). Certains programmes de thérapie de groupe ont été élaborés pour le traitement de la dépression en particulier, et la plupart s'articulent autour d'un cadre conceptuel cognitif-comportemental (ex: "Coping with Depression"; Lewinsohn, Antonucci, Steinmetz & Teri, 1984). Les résultats de cette étude seraient très utiles pour préparer des programmes de groupe en TER qui soient adaptés à la problématique dépressive, et leur application dépasse le contexte des croyances. Ainsi le schème de croyances ne varie pas selon le sexe des sujets, aussi y a-t-il lieu de prévoir que des programmes de TER pourraient être appliqués à des groupes mixtes, sans risquer de compromettre l'efficacité ou la pertinence du traitement.

Bien que le schème de croyances puisse être utile dans le contexte d'interventions, la recherche reste cruciale pour en établir l'efficacité. En ce sens, ces résultats ouvrent le champ à des problèmes et hypothèses qui sont importants dans le contexte de la recherche clinique: Par exemple, est-ce que la thérapie TER peut permettre d'atténuer plus rapidement ou plus complètement les symptômes de dépression lorsque la démarche est centrée sur l'identification et la modification des croyances du schème. Il serait important de comparer l'approche selon un "schème prioritaire" à l'approche complète en TER puisqu'il y a lieu de prévoir, tel que mentionné auparavant, que l'articulation d'objectifs en fonction du schème de croyances pourrait résulter en une économie de temps, d'énergie et de

ressources.

Bref, la délimitation du schème de croyances présente une valeur clinique incontestable, parce que ces résultats peuvent être directement appliqués à préciser des objectifs dans le contexte thérapeutique individuel ou de groupe et même dans le traitement de problématiques connexes, tel le suicide. Cependant, il demeure important de déterminer l'effet d'appliquer cette stratégie de priorité accordée au schème de croyances. En ce sens, les résultats ont un potentiel heuristique pour la recherche clinique puisque le schème de croyances identifié peut contribuer à l'élaboration d'études sur les résultats d'interventions thérapeutiques ("Treatment outcome studies") et sur l'évaluation de programmes de thérapie de groupe.

Conclusion

L'objectif de l'étude visait à dégager le schème de croyances irrationnelles associé à la dépression majeure. De l'analyse discriminante de l'inventaire d'irrationalité (IBT), il est ressorti un schème composé de quatre croyances qui sont les plus susceptibles de discriminer entre le groupe de patients déprimés et les deux groupes contrôles de patients et de sujets normaux non déprimés. Il s'agit de la croyance en la nécessité d'avoir l'approbation sociale (C1), de la croyance que la frustration est intolérable (C4), de la croyance qu'il faut se soucier des malheurs possibles (C6) et de la croyance au déterminisme du passé (C9). Les résultats de l'analyse de

corrélations canoniques indiquent que ces croyances qui forment la première racine canonique sont significativement et exclusivement reliées aux variables de dépression (BDI et variable de groupe déprimé).

Il est à noter cependant que la variable d'anxiété est difficile à distinguer de l'effet de groupe et que le schème de croyances, tout comme le syndrome de dépression majeure d'ailleurs, est lié à l'anxiété. Bien que la TER suggère que la sixième croyance soit plus typique de l'anxiété, il demeure difficile pour l'instant de distinguer la contribution de l'anxiété de celle de la dépression dans le schème de croyances; et la théorie et les instruments psychométriques ne permettent pas de les dissocier clairement. Il en demeure que le syndrome de dépression majeure est clairement délimité ici selon les critères du DSM-III et qu'il correspond à un schème de croyances irrationnelles particulier, un schème qui ne varie pas en fonction du sexe des sujets.

Références

- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. & Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. Journal of Abnormal Psychology, 87, 49-74.
- Altman, J.H. & Wittenborn, J.R. (1980). Depression-prone personality in women. Journal of Abnormal Psychology, 89, 303-308.
- Argabrite, A.H. & Nidorf, L.J. (1968). Fifteen questions for rating reason. Rational Living, 3(1), 9-11.
- Arieti, S. & Bemporad, J. (1980). The psychological organisation of depression. American Psychologist, 137, 1360-1365.
- Baisden, H.E. (1975). Assessment of irrational beliefs and irrational thinking. In J.L. Wolfe & E. Brand, Twenty years of rational therapy. New York: Institute for Rational Living.
- Bandura, A. (1969). Principles of behavior modification. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1969.
- Bard, J.A. (1973). A self rating scale for rationality. Rational Living, 8(1), 19.
- Bard, J.A. (1980). Rational-emotive therapy in practice. Champaign (Ill.): Research Press.
- Barlow, D.H. (1985). Aperçus nouveaux sur les troubles d'anxiété. Revue de Modification du Comportement, 15(3), 101-112.

- Barnes, G.E. & Vulcano, B.A. (1982). Measuring rationality independent of social desirability. Personality and Individual Differences, 3, 303-309.
- Beck, Aaron T. (1967). Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects. New York: Harper & Row.
- Beck, Aaron T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press.
- Beck A.T. (1984). Cognition and therapy. Archives of General Psychiatry, 411, 1112-1114.
- Beck, A.T., Epstein, N. & Harrison, R. (1983). Cognitions, attitudes and personality dimensions in depression. Cité par P. Gilbert (1986). Depression in relation to cognitive psychobiology and behavioural strategies. British Journal of Cognitive Psychotherapy, 4(2), 2-13.
- Beidel, D.C. & Turner, S.M. (1986). A critique of the theoretical basis of cognitive-behavioral theories and therapy. Clinical Psychology Review, 6, 177-197.
- Bemporad, J.R. (1985) Long-term analytic treatment of depression. Dans E.E. Beckham & W.R. Leber, Handbook of depression: Treatment, assessment, and research. Homewood (Ill.): Dorsey.
- Bernier, J.-J. (1985). Théorie des tests: Principes et techniques de base (2ème ed.). Chicoutimi: Gaétan Morin.
- Blatt, S.J., Quinlan, D.M., Chevron, E.S., MacDonald, C. & Zuroff, D. (1982). Dependency and self-criticism: Psychological dimensions of depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50, 113-124.

- Bower, G.H. (1981). Mood and memory. American Psychologist, 36, 129-148.
- Brown, G.W. & Harris, T. (1978). Social origins of depression: A study of psychiatric disorders in women. New York: Free Press.
- Bumberry, W., Oliver, J.M. & McClure, J.N. (1978). Validation of the Beck Depression Inventory in a University population using psychiatric estimate as the criterion. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 150-155.
- Campbell, D.T. & Fiske, D.W. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. Psychological Bulletin, 56, 81-105.
- Cash, T.F. (1984). The irrational beliefs test: Its relationship with cognitive-behavioral traits and depression. Journal of Clinical Psychology, 40(6), 1399-1405.
- Cash, T.F., Rimm, D.C., & MacKinnon, R. (1986). Rational-Irrational beliefs and the effects of the Velten Mood Induction Procedure. Cognitive Therapy and Research, 10(4), 461-467.
- Cooke, M.L. & Peterson, C. (1986). Depressive Irrationality. Cognitive Therapy and Research, 10(3), 293-298.
- Coulombe, D. (1984a). Canonical correlation analysis: A BASIC system for microcomputers, Behavior Research Methods, Instruments and Computers, 16(5), 475-476.
- Coulombe, D. (1984b). Principal component analysis: A BASIC program for microcomputers, Behavior Research Methods, Instruments and Computers, 16(5), 477-478.

- Coulombe, D. (1985). Multiple discriminant analysis: A BASIC program for microcomputers. Behavior Research Methods, Instruments and Computers, 17(1), 135-136.
- Coyne, J.C. & Gotlib, I.H. (1983). The role of cognition in depression: A critical appraisal. Psychological Bulletin, 94, 472-505.
- Coyne, J.C. & Gotlib, I.H. (1986). Studying the role of cognition in depression: Well-trodden paths and cul-de-sacs. Cognitive Therapy and Research, 10(6), 695-705.
- Craighead, W.E., Kimball, W. & Rehak, P. (1979). Mood changes, physiological responses and self-statements during social rejection imagery. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47, 385-396.
- Daly, M.J. & Burton, R.L. (1983). Self-esteem and irrational beliefs: An exploratory investigation with implications for counseling. Journal of Counseling Psychology, 30(3), 361-366.
- Deffenbacher, J.L., Zwemer, W.A., Whisman, M.A., Hill, R.A. & Sloan, R.D. (1983). Irrational beliefs and anxiety. Cognitive Therapy and Research, 10(3), 281-292.
- Derry, P.A. & Kuiper, N.A. (1981). Schematic processing and self-reference in clinical depression. Journal of Abnormal Psychology, 90, 286-297.
- Di Giuseppe, R.A. Miller, N.J. & Trexler, L.D. (1977). A review of rational-emotive psychotherapy outcome studies. The Counseling Psychologist, 7(1), 64-72.

- Dobson, K. (1985). The relationship between anxiety and depression. Clinical Psychology Review, 5, 307-324.
- Dobson, K. & Shaw, B.F. (1986). Cognitive assessment with Major Depressive Disorders. Cognitive Therapy and Research, 10, 13-29.
- Dow, M.G. & Craighead, W.E. (1982). Social inadequacy and depression: Overt behavior and self-evaluation processes. Journal of Social and Clinical Psychology, 5(1), 99-113
- Eaves, G. & Rush, A.J. (1984). Cognitive patterns in symptomatic and remitted unipolar major depression. Journal of Abnormal Psychology, 93, 31-40.
- Eifert, G.H. (1984). Cognitive behaviour therapy: A critical evaluation of its theoretical-empirical bases and therapeutic efficacy. Australian Psychologist, 19(2), 179-191.
- Ellis, A. (1957). Outcome of employing three techniques of psychotherapy. Journal of Clinical Psychology, 13, 344-350.
- Ellis, A. (1962). Reason and emotion in psychotherapy. New York: Lyle Stuart Inc.
- Ellis, A. (1971). Growth through reason. Palo Alto (Ca.): Science and Behavior Books.
- Ellis, A. (1973). Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach. New York: Julian Press.
- Ellis, A. (1975). How to live with a "neurotic". (ed. rev.) North Hollywood (Ca.): Wilshire Books.

- Ellis, A. (1977). Rational-emotive therapy: Research data that supports the clinical and personality hypotheses of RET and other modes of cognitive-behavior therapy. Counseling Psychologist, 7(1), 2-42.
- Ellis, A. (1979). The biological basis of human irrationality: A reply to McBurnett and Lapointe. Journal of Individual Psychology, 35(1), 111-116.
- Ellis, A. (1985). Expending the ABC's of Rational-Emotive Therapy, dans M.J. Mahoney & A. Freeman, Cognition and Psychotherapy, New York: Plenum.
- Ellis, A. (1987). A sadly neglected element in depression. Cognitive Therapy and Research, 11(1), 121-146.
- Ellis, A. & Becker, I. (1982). A guide to personal happiness. North Hollywood (Ca.): Wilshire Books.
- Ellis, A. & Bernard, M.E. (1985). What is rational-emotive therapy (RET)? Dans A. Ellis & M.E. Bernard, Clinical applications of rational-emotive therapy. (pp 1-28), New York: Plenum.
- Ellis, A & Harper, R.A. (1961). A guide to rational living. Englewood Cliffs (N.J.): Prentice Hall.
- Ellis, A. & Harper, R.A. (1975). A new guide to rational living. Englewood cliffs: Prentice Hall Inc.
- Ellis, T.E. & Ratliff, K.G. (1986). Cognitive characteristics of suicidal and nonsuicidal psychiatric inpatients. Cognitive Therapy and Research, 10(6), 625-634.
- Epstein, S. (1976). Anxiety, arousal and the self-concept, dans I.G. Sarason & C.D. Spielberger (Eds) Stress and Anxiety (vol. 3), Washington D.C.: Hemisphere.

- Eschenroeder, C. (1982). How rational is Rational-emotive therapy? A critical appraisal of its theoretical foundations and therapeutic methods. Cognitive Therapy and Research, 6(4), 381-392.
- Ewart, C. & Thoresen, C. (1977). The rational-emotive manifesto. Counseling Psychologist, 7, 52-56.
- Eysenck, H.J. (1987). Personality and Individual Differences.
- Feighner, J.P., Robins, E., Guze, S.B., Woodruff, R.A., Winokur, G. & Munoz, R. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Archives of General Psychiatry, 26, 57-63.
- Ferster, C.B. (1973). A functional analysis of depression. American Psychologist, 28, 857-870.
- Finney, J.C. (1985). Anxiety: Its measurement by objective personality tests and self-report. Dans A.H. Tuma & J.D. Maser (Eds.), Anxiety and the anxiety disorders. Hillsdale(N.J.): Lawrence Erlbaum Assoc. Publ.
- Fleming, B.M. & Thornton D.W. (1980). Coping skills as a component in the short-term treatment of depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48(5), 652-654.
- Fox, E.E. & Davies, R.L. (1971). Test your rationality. Rational Living, 5(2), 23-25.
- Friedenheit, A.R. (1969). Statistical analysis and norms for an adjustment inventory. Cité Lapointe, Lapointe, K.A. & Crandell, C.J. (1980). Relationship of irrational beliefs to self-reported depression. Cognitive Therapy and Research 4(2), 247-250.

- Gilbert, P. (1986). Depression in relation to cognitive psychobiology and behavioural strategies. British Journal of Cognitive Psychotherapy, 4(2), 2-13.
- Goldfried, M.R. & Sobocinski, D. (1975). Effect of irrational beliefs on emotional arousal. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, 504-510.
- Golin, S. & Hartz, M. (1979). A factor analysis of the Beck depression inventory in a mildly depressed population. Journal of Clinical Psychology, 35, 322-325.
- Gotlib, I.H. (1984). Depression and general psychopathology in University students. Journal of Abnormal Psychology, 93(1), 31-40.
- Gotlib, I.H. & Arsanow, R.T. (1981). Interpersonal and impersonal problem-solving skills in mildly and clinically depressed students. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47, 88-95.
- Grieger, R. & Boyd, J. (1980). Rational-emotive therapy. New York: Van Nostran Reinhold Co.
- Hamilton, E.W. & Abramson, L.Y. (1983). Cognitive pattern and major depressive disorder: A longitudinal study in a hospital setting. Journal of Abnormal Psychology, 92(2), 173-184.
- Hammen, C. & Krantz, S.E. (1985). Measures of psychological processes in depression. Dans E.E. Beckham & W.R. Leber (Eds), Handbook of Depression: Treatment, assessment and Research. Homewood (Ill.): Dorsey Press.

- Hartman, B.J. (1968). Sixty revealing questions for twenty minutes. Rational Living, 3(1), 7-8.
- Hauck, Paul (1974). Overcoming depression. Philadelphia: Westminster.
- Hauck, P.A. (1975). A three-factored theory of depression. Dans J.L. Wolfe & E. Brand (Eds.), Twenty years of rational therapy: Proceedings of the first national conference on rational psychotherapy. New York: Institute for Rational Living.
- Higginbotham, T.E. (1976). Irrationality in college students. Rational Living, 11(1), 34.
- Himle, D.P., Thyer, B.A. & Papsdorf, J.D. (1982). Relationship between rational beliefs and anxiety. Cognitive Therapy and Research, 6, 219-224.
- Jones, R.G. (1968). A factored measure of Ellis' irrational belief system, with personality and maladjustment correlates (doctoral dissertation, Texas Technological College, 1968). Ann Arbor, Michigan (University Microfilms, 1968, No. 69-6443).
- Kennedy, R.E. & Craighead, W.E. (1979). Differential effects of various types of reinforcement and punishment on learning Cité par K. Dobson (1985). The relationship between anxiety and depression. Clinical Psychology Review, 5, 307-324.
- Kirk, R.E. (1968). Experimental Design: Procedures for the behavioral sciences. Belmont (Ca.): Brooks/Cole.

- Lane, S.H., Bessai, J.L. & Bard, J.A. (1975). Irrational beliefs assessment perspectives. Dans J.L. Wolfe & E. Brand (Eds.), Twenty years of rational therapy: Proceedings of the First National Conference on Rational Psychotherapy (pp.301-312). New York: Institute for Rational Living.
- Lapointe, K.A. & Crandell, C.J. (1980). Relationship of irrational beliefs to self-reported depression. Cognitive Therapy and Research, 4(2), 247-250.
- Laughridge, S. (1972). An approach to handling resistance to interpretation. Rational Living, 7, 29-31.
- Lazarus, A.A. (1968). Learning theory and the treatment of depression. Behavioral Research and Therapy, 6, 83-89.
- Lewinsohn, P.M., Antonucci, D.O., Steinmetz, J.L., & Teri, L. (1984). The coping with depression course: A psychoeducational intervention for unipolar depression. Eugene (Or.): Castaglia Publ.
- Lewinsohn, P.M., Larson, D.W. & Munoz, R.F. (1982). The measurement of expectancies and other cognitions in depressed individuals. Cognitive Therapy and Research, 6(4), 437-446.
- Lewinsohn, P.M., Steinmetz, J.L., Larson, D. & Franklin, J. (1981). Depression related cognitions: Antecedent or consequence? Journal of Abnormal Psychology, 90, 213-219.
- Lewinsohn P.M. & Teri, L. (1982). Selection of depressed and non depressed subjects on the basis of self-report data. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50, 590-591.

- Lips, H.M., & Ng, M. (1986). Use of the Beck Depression Inventory with three non-clinical populations. Canadian Journal of Behavioral Science, 18(1), 62-74.
- Lohr, J.M. & Bonge, D. (1980). Retest reliability of the irrational beliefs test. Psychological Reports, 47, 1314.
- Lohr, J.M. & Bonge, D. (1981). On the distinction between illogical and irrational beliefs and their relationship to anxiety. Psychological Reports, 48, 191-194.
- Lohr, J.M. & Bonge, D. (1982). The factorial validity of the irrational beliefs test: A psychometric investigation. Cognitive Therapy and Research, 6, 225-230.
- Lohr, J.M., Bonge, D. & Jones, C. (1983). Social desirability and endorsement of irrational beliefs. Psychological Reports, 53, 395-397.
- MacDonald, A. & Games, R. (1972). Ellis' irrational ideas: A validation study. Rational Living, 7(2), 25-29.
- Mahoney, M.J. (1977). A critical analysis of Rational-Emotive Theory and Therapy. Counseling Psychologist, 7(1), 44-46.
- Martin, J. (1987). Cognitive therapies do not ignore affect. Canadian Journal of Counseling, 21(2-3), 76-85.
- Meichenbaum, D. (1977). Dr Ellis, please stand up. Counseling Psychologist, 7(1), 43-44.
- Miller, N.J., Seligman, M.E.P. & Kurlander, H.M. (1975). Learned Helplessness, depression and anxiety. Journal of Nervous and Mental Disease, 161(5), 317-357.
- Nelson, R.E. (1977). Irrational beliefs in depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45, 1190-1191.

- Newmark, C., Frerking, R., Cook, L. & Newmark, L. (1973). Endorsement of Ellis' irrational beliefs as a function of psychopathology. Journal of clinical psychology, 39, 300-302.
- Newmark, C.S. & Whitt, J.K. (1983). Endorsement of Ellis' irrational beliefs as a function of DSM-III Psychotic diagnoses. Journal of Clinical Psychology, 39(6), 820-823.
- Newmark, C. & Ziff, D.R. (1977). Ellis irrational beliefs: Congruity between patients' endorsement and psychologists' predictions. Professional Psychology, 8(2), 48-55.
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. Psychological Bulletin, 101(2), 259-282.
- Oliver, J.M. & Simmons, M.E. (1984). Depression as measured by the DSM-III and the Beck depression inventory in an unselected adult population. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52(5), 892-898.
- Orme, J.G. & Reis, J. & Herz, E.J. (1986). Factorial and discriminant validity of the Center for Epidemiological Studies Depression (CES-D) Scale. Journal of Clinical Psychology. 42, 29-33.
- Peterson, C. & Seligman, M.E.P. (1985). The learned helplessness model of depression: Current status of theory and research Dans E.E. Beckham et W.R. Leber (Eds.), Handbook of depression: Treatment, assessment and research (pp.914-939) Homewood: The Dorsey Press.
- Pichot, P. & Lempérière, T. (1964). Analyse factorielle d'un questionnaire d'auto-évaluation de symptômes dépressifs.

Revue de Psychologie Appliquée, 14, 15-29.

- Plutchik, R. (1976). The self-inventory: A measure of irrational attitudes and behavior. Rational Living, 11(1), 31-33.
- Prud'homme, L. & Baron, P. (1985). Croyances irrationnelles et appartenance ethnique. Communication écrite présentée au 53ème Congrès de l'Association Canadienne-Française pour l'Avancement des Sciences, Chicoutimi, Québec.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurement, 1, 385-401.
- Ramanaiah, N.V., Heerboth, J.E. & Schill, T.R. (1986). Measurement of irrational beliefs: A critical review. Dans J.N. Butcher & C.D. Spielberger (Eds.). Advances in Personality Assessment (vol.6). Hillsdale (N.J.): Lawrence Erlbaum Assoc.
- Ray, J.B. & Bak, J.S. (1980). Comparison and cross-validation of the Irrational Beliefs Test and the Rational Behavior Inventory. Psychological Reports, 46, 541-542.
- Robins, L.N., Helzer, J.E., Ratcliff, K.S. & Seyfried, W. (1982). Validity of the Diagnostic Interview Schedule, Version II: DSM-III diagnosis. Psychological Medicine, 12(4), 855-870.
- Rotter, J.B. (1967). Generalized expectancies for internal-external locus of control of reinforcement. Psychological Monographs, 80(1).
- Schulz, R. (1985). Emotion and affect. Dans J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.). The Psychology of Aging. New York: Van Nostrand.

- Segal, Z.V. & Shaw, B.F. (1986). Cognition in depression: A reappraisal of Coyne and Gotlib's Critique. Cognitive Therapy and Research, 10(6), 671-693.
- Seligman, M.E.P. (1975). Helplessness: On depression, development and death. San Francisco: W.H. Freeman.
- Shaw, B.F., Valis, T.M. & McCabe, S.B. (1985). The assessment of the severity and symptom patterns in depression. dans E.E. Beckham & W.R. Leber, Handbook of Depression: Treatment, Assessment and Research, Homewood: Dorsey Press, 372-407.
- Shorkey, C.T. & Whiteman, V.L. (1977). Development of the Rational Behavior Inventory: Initial validity and reliability. Educational and Psychological Measurement, 37, 527-534.
- Silverman, J.S., Silverman, J.A. & Eardley, G.E. (1984). Do maladaptive attitudes cause depression? Archives of General Psychiatry, 41, 28-30.
- Simons, A.D., Garfield, S.L. & Murphy, G.E. (1984). The process of change in cognitive therapy and pharmacotherapy of depression: Changes in mood and cognition. Archives of General Psychiatry, 41, 45-51.
- Smith, T.F. (1982). Irrational beliefs in the cause and treatment of emotional distress: A critical review of the rational-emotive model. Clinical Psychology Review, 2, 505-522.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1970). Manual for the State-trait Anxiety inventory. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Spitzer, R.L. (1983). Psychiatric diagnosis are clinicians still necessary? Dans J.B.W. Williams & R.L. Spitzer (Eds.),

Psychotherapy research: Where are we and where should we go?(pp.273-292).New York: The Guilford Press.

- Spitzer, R.L., Endicott, J. & Robins,E.(1978). Research diagnostic criteria: Rationale and reliability. Archives of General Psychiatry, 35, 773-782.
- Spitzer, R.L., Fleiss, J.L. & Endicott, J.(1978). Problems of classification: Reliability and validity. In M.A. Lipton, A. DiMascio & K.F. Killam(Eds.), Psychopharmacology: A generation of progress(pp.857-869). New York: Raven Press.
- Spitzer, R.L. & Williams, J.B.W.(1980). Classification of mental disorders and DSM-III. Dans H.I. Kaplan, A.M. Freedman & B.J. Sadock(Eds.), Comprehensive textbook of psychiatry (3rd ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Sprock, J.(1985). Classification of depression. Comprehensive Psychiatry, 26, 404-420.
- Sutton-Simon, K. & Goldfried, M.R.(1979). Faulty thinking patterns in two types of anxiety. Cognitive Therapy and and Research, 3, 193-203.
- Tanaka-Matsumi, J. & Kameoka, V.A. (1986). Reliabilities and concurrent validities of popular self-report measures of depression, anxiety and social desirability. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54(3), 328-333.
- Teasdale, J.D. (1983). Negative thinking in depression: Cause, effect, or reciprocal relationship? Advances in Behaviour Research and Therapy, 5, 3-25.

- Teasdale, J.D. & Dent, J. (1987). Cognitive vulnerability to depression: An investigation of two hypotheses. British Journal of Clinical Psychology, 26, 113-126.
- Thyer, B.A. & Papsdorf, J.D. (1981). Concurrent validity of the rational behavior inventory. Psychological Reports, 48, 255-258.
- Tomb, D.A. (1981). Psychiatry for the house officer. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Trexler, L.D. & Karst, T.O. (1973). Further validation for a new measure of irrational cognition. Journal of Personality Assessment, 37, 150-155.
- Velten, E.A. (1966). A laboratory task for induction of mood states. Behaviour Research and Therapy, 6, 473-482.
- Weckowitz, T.E., Muir, W., Cropley, A.J. (1967). A factor analysis of the Beck Inventory of Depression. Journal of Consulting Psychology, 31, 23-28.
- Weissman, A.N. (1979). The Dysfunctional Attitude Scale: A validation study (Doctoral dissertation, University of Pennsylvania, 1979) Dissertation Abstract International.
- Wessler, R. & Wessler, R.L. (1980). The principles and practice of rational-emotive therapy. San Francisco: Jossey-Bass.
- Williams, J.M.G. (1983). The psychological treatment of depression. New York: The Free Press.
- Williams, J.B.W. & Spitzer, R.L. (1983). Psychotherapy Research: Where we are and where should we go? New York: Guilford Press.

- Wood-Wetzel, J. (1983). Clinical handbook of depression. New York: Gardner Press Inc.
- Zajonc, R. (1980). Feeling and thinking: Preferences need no inferences. American Psychologist, 35, 151-175.
- Zettle, R.D. & Hayes, S.C. (1980). Conceptual and empirical status of Rational-emotive Therapy. Dans M. Hersen, R.M. Eisler & P.M. Miller (Eds.), Progress in behavior modification (vol.9). New York: Academic Press.
- Zimmerman, M. & Coryell, W. (1987). The Inventory to Diagnose Depression (I.D.D.): A self-report scale to diagnose major depressive disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55(1), 55-59.
- Zimmerman, M., Coryell, W., Corenthal, C. & Wilson, S. (1986a). A self-report scale to diagnose depressive disorder. Archives of General Psychiatry, 43(11), 1076-1081.
- Zimmerman, M., Coryell, W. & Wilson, S. & Corenthal, C. (1986b). Evaluation of symptoms of major depressive disorder: Self-report vs clinician ratings. Journal of Nervous and Mental Disease, 174(3), 150-153.
- Zwemer, W.A. & Deffenbacher, J.L. (1984). Irrational beliefs, anger and anxiety. Journal of Counseling Psychology, 31, 391-393.

Appendices

Appendice A

Fréquence de revenu familial et de salaire selon le sexe des sujets et selon le groupe, c'est-à-dire soit le groupe de patients déprimés (groupe 1), le groupe contrôle de patients (groupe 2) ou le groupe de sujets normaux (groupe 3).

Revenu familial

	<u>Groupe 1</u>		<u>Groupe 2</u>		<u>Groupe 3</u>	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
0 à 9,000	2	2	2	3	1	
10,000-19,000	3	7	1	3		1
20,000-39,000	1	4	4	2	6	12
40,000-59,000	2	5	4	1	2	6
60,000-79,000	2	2			3	4
80,000 +	2	1	2	1	1	2

Salaire

	<u>Groupe 1</u>		<u>Groupe 2</u>		<u>Groupe 3</u>	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
0 à 9,000	3	8	8	10	3	6
10,000-19,000	3	9	1	5	1	6
20,000-29,000	3	4	3	2	4	8
30,000-39,000	2	1		1	6	
40,000-49,000	4		4	1	2	
50,000-59,000	1				1	
60,000-79,000			2		1	
80,000 +					1	

Appendice B

Fréquence des patients selon l'hôpital auquel ils ont été admis et le mois au cours duquel ils ont été sollicités. Les groupes patients sont scindés; le groupe de patients déprimés (groupe 1) et le groupe contrôle de patients non déprimés (groupe 2).

Origine/ mois

		1986				1987			
		Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Janv.	Févr.	Mars	Avr.
<u>Hôpital Montfort</u>									
Interne	<u>groupe 1</u>			1	1	1	2	1	
	<u>groupe 2</u>					1			
Externe	<u>groupe 1</u>	1	2	4	1	2			
	<u>groupe 2</u>	1	2	5	1		2		1
<u>Centre Hospitalier Pierre Janet</u>									
Interne	<u>groupe 1</u>					3	1	3	
	<u>groupe 2</u>					1	2	2	1
Externe	<u>groupe 1</u>					2			
	<u>groupe 2</u>					2			
<u>Hôpital Général d'Ottawa</u>									
Interne	<u>groupe 1</u>						3	6	5
	<u>groupe 2</u>						3	4	8
Externe	<u>groupe 1</u>						2		
	<u>groupe 2</u>						3	1	
<u>Hôpital Juif Sir Mortimer Davis</u>									
Interne	<u>groupe 1</u>			1					
	<u>groupe 2</u>			1					
Externe	<u>groupe 1</u>								
	<u>groupe 2</u>					1			

Appendice D

APPARIEMENT DES SUJETS
PAR TRIADES.

Triade # 01

Code	groupe diagnostic	sexe	âge	salaire/rev. fam. (X 1000)	occupation & éducation
200E	Dépression (D)	F	27	25 / 60	loans officer/ 12
203E	personnalité borderline	F	24	24 / 24	secrétaire/ 11
110N	Nil	F	28	31 / 60	infirmière /14 licenciée

Triade # 02

103E	D	M	43	50 / 50	professeur/ b.ed.
191E	réaction psycho- tique brève.	M	40	61 / 96	ingénieur/ b.sc.
065N	Nil	M	42	45 / 50	officier en / m.sc. aviation

Triade # 03

102E	D	F	22	7 / ---	commis de magasin/13
112D	désordre d'anxiété génér.	F	22	10 / ---	secrétaire/ 09
090N	Nil	F	24	7 / 100	étudiante/ 13

Triade # 04

107E	D	F	41	7 / 27	chômage/ 08
201E	personnalité hystérique	F	40	0 / 125	ménagère/ 09
141N	Nil	F	45	12 / 42	aide professeur/ 13

Appendice D (suite)

Triade # 05

Code	groupe diagnostic	sexe	âge	/salaire/rev. fam. (X 1000)	occupation & éducation
117D	D	F	28	---/---	ménagère/ 12
213E	dés.d'anxiété + pers. antisoc.	F	24	---/---	agent d'immeuble/11
019N	Nil	F	32	0 / 50	ménagère/ 12

Triade # 06

218E	D	M	21	Nil	novice / 13
100E	phobie sociale	M	21	Nil	peintre/ 14
139N	Nil	M	20	B / 60	emballeur t. part./ 13

Triade # 07

110D	D	F	38	17/ 17	commis de magasin/13
511E	pers. passive- agressive	F	34	16/---	fonctionnaire/ 12
050N	Nil	F	37	20/---	bonne d'enfant/14

Triade # 08

501E	D	F	54	6 / 6	chômage/ 12è comm.
219E	dés.d'adaptation avec anxiété.	F	50	5 / ---	" / 07
192N	Nil	F	49	0 / 55	" / 14

Triade # 09

190E	D	M	25	18 / 18	urbaniste/ m.a.
157E	dés. d'anxiété généralisé.	M	28	40 / 50	pompier/ 15
072N	Nil	M	30	34 / 34	gestionnaire/ 15

Appendice I) (suite)

Triade # 10

Code	groupe diagnostic	sexe/âge	salaire/rev. fam. (X 1000)	occupation & éducation
194E	D	F 34	0 / 30	ménagère/ 12
104E	dés.d'adaptation	F 35	4 / 4	ménagère/ 14
127N	Nil	F 33	4 / 36	ménagère/ 15

Triade # 11

192E	D	F 41	10 / 240	chômage/ b.ed.
105E	désordre para- noïde partagé	F 47	5 / ---	commis de / école magasin normale
210N	Nil	F 42	40 / 85	prof. au second./ b.a.

Triade # 12

195E	D	M 30	6 / 6	plongeur/ 12
204E	dés. d'anxiété pers. schizoïde	M 33	30 / 30	conducteur/ 12 d'autobus
078N	Nil	M 28	10 / 30	étudiant/ 12

Triade # 13

196E	D	F 37	---/ ----	femme de chambre/ 11
188E	désordre para- noïde aigu	F 37	---/ ----	réceptionniste/ 11
201N	Nil	F 41	30 / 50	techn.en photo / 12

Triade # 14

183E	D	F 37	30 / 48	secrétaire/ 12
160E	schizo. paran.	F 35	22 / 22	fonctionnaire/ 13
095N	Nil	F 32	20 / 45	infirmière licenc./15

Appendice D (suite)

Triade # 15

Code	groupe diagnostique	sexe	âge	salaires/rev. fam. (X 1000)	occupation & éducation
181E	D	F	35	5 / 12	éducatrice/14
103D	schizo. paran.	F	35	12 / 12	commis comptable/ 12
133N	Nil	F	31	9 / ---	" " /13

Triade # 16

172E	D	M	20	0 / ---	étudiant/ 12
106E	dés.d'adaptation	M	18	---/---	" / 11
011N	Nil	M	21	2 / 25	" / 13

Triade # 17

174E	D	F	43	25 /25	infirmière auxill./11
118D	dés.de panique + dés. psychosomat.	F	49	---/---	chômage/ 11
301N	Nil	F	51	26 / 26	secrétaire/ 11

Triade # 18

197E	D	F	47	0 / 40	coiffeuse/ 08
198E	pers. narciss. geste suicid.	F	44	5 / 5	auxilliaire/ 06 familiale
604N	Nil	F	51	17 / 28	fonctionnaire/ 10

Triade # 19

177E	D	F	38	12 / 12	cuisinière/ 12
501D	dés. bipolaire phase maniaque	F	38	16 / 16	commis de / 10 magasin
217N	Nil	F	30	25 / 25	administration/ 12

Appendice D (suite)

Triade # 20

Code	groupe diagnostique	sexe/âge	salaire/rev. fam. (X 1000)	occupation & éducation
145E	D	F 44	0 / 29	ménagère/ 12
165E	dés. d'adapt. pers. dépendante	F 39	0 / 35	ménagère/ 11
157N	Nil	F 35	0 / 55	ménagère/ 12

Triade # 21

149E	D	F 43	---/ 44	serveuse/ 10
701D	dés. d'anxiété dés. psychosom.	F 37	6 / 6	Bien-être social / 08
067N	Nil	F 38	10 / 60	self-employed/13

Triade # 22

151E	D	F 28	---/---	chômage/ M.p.a.
193E	dés. paran. aigu	F 36	1 / ---	étudiante Ph.D.
018N	Nil	F 27	30 / 30	traductr./ B.a.

Triade # 23

155E	D	M 36	25 / 185	fonctionnaire/ 14
144E	pers. narciss. sclérose en plaques +	M 39	5 / 10	pension d'invalidité/ 09
254N	Nil	M 38	22 / 28	gestionnaire/ 12

Triade # 24

702D	D	F 22	18 / 18	secrétaire/ 14
158E	dés. bipol.-manic	F 24	--- / ---	sans emploi/ 08
206N	Nil	F 22	26 / 26	secrétaire/ 11

Appendice D (suite)

Triade # 25

Code	groupe diagnostique	sexe/âge	salaire/rev. fam. (X 1000)	occupation & éducation
156E	D	F 23	12 / 12	éducatrice/14
141E	anorexique	F 21	14 / ---	étudiante/ 14
013N	Nil	F 21	10 / 35	étudiante/15

Triade # 26

167E	D	M 37	---/ ---	chômage/ 07
176E	schizo. paran.	M 42	---/---	chômage/ 12
677N	Nil	M 32	26 / 50	commis de bureau/ 12

Triade # 27

154E	D	M 31	26 / 26	commis de bureau/ 13
148E	schizo. paran.	M 26	6 / 6	Bien-être social/ 12
032N	Nil	M 28	28 / 28	technicien/ 14

Triade # 28

184E	D	F 51	20 / 100	tisserande/ b.a. arts
533D	schizophrène paran. chronique	F 46	---/---	ménagère/ 13
048N	Nil	F 50	31 / 70	professeur/ 14

Triade # 29

187E	D	M 34	40 / 64	gestion informat./b.sc
161E	dés.d'adaptation alcoolisme	M 26	45/ 45	contremaître/ 14
121N	Nil	M 28	42 / 42	ingénieur informatique / b. sc.

Appendice D (suite)

Triade # 30

Code	groupe diagnostique	sexe/âge	salaire/rev. fam. (X 1000)	occupation & éducation
503E	D	M 43	49 / 80	prof.au sec/b.a
175E	dés. de douleur psychogénique, pers. antisociale + O.D.	M 35	31 / 31	inspecteur d'autobus / 13
603N	Nil	M 41	50 / 75	gestionnaire/ M.b.a

Triade # 31

534E	D	M 25	16 / 17	chômage/ 10
602N	désordre schizo-phréniforme.	M 31	5 / 5	pension d'invali-dité/ 11
205N	Nil	M 26	8 / 8	étudiant/ 10

Triade # 32

725D	D	F 35	5 / 5	chômage/ 13
502D	boulimique	F 38	47 / 47	conseillère en orientation/ M.a.
211N	Nil	F 43	---/---	étudiante/ 13

APPARIEMENT INCOMPLET OU INADEQUAT

1) Différences d'âge au-delà de 10 ans.

Triade # 33

216E	D	M 63	16 / 16	retraité/ 12
675E	schizophrène catatonique	M 21	---/---	étudiant/ 10
130N	Nil	M 64	80/ 100	vendeur/ b.a

Appendice D (suite)

Triade # 34

Code	groupe diagnostique	sexe	âge	salaire/rev. fam. (X 1000)	Occupation & éducation
205E	D	M	50	40 / 40	estimation mécanique/ 14
212E	dés. de panique agoraph + alcoolisme	M	42	20 / 20	fonctionnaire/ 12
422N	Nil	M	59	22 / 22	retraité/ 12

Triade # 35

215E	D	M	61	25 / ---	retraité/ M.a.
168E	dés. d'anxiété dés. de panique	M	49	65 / 85	gestionn./ b.a. en commerce
066N	Nil	M	61	65 / 70	fonctionnaire/ 16

2) Triades non appariées selon le sexe des sujets.Triade # 36

101D	D	M	53	43 / 60	contracteur et soudeur/ 10
140E	dés. bipolaire hypomaniaque	M	44	40 / 57	contremaître/ 12
302N	Nil	F	53	38 / 38	fonctionnaire/ 13

Triade # 37

119D	D	F	36	30 / 54	secrétaire/ 12
207E	schizophrène paranoïde	M	41	9 / 9	chômage/ 13
186N	Nil	F	35	27 / 27	commis / 14

Appendice D (suite)

Triade # 38

Code	groupe diagnostique	sexe	âge	salaire/rev. fam. (X 1000)	occupation & éducation
159E	D	F	28	14 / ---	caissière/ 12
178E	dés. d'adaptation + retrait	M	26	14/ ---	ouvrier-paysagement/08
163N	Nil	F	30	13 / 13	commis de magasin/ 13

Triade # 39

162E	D	F	33	15 / 15	chômage / 12
170E	schizo. paran.	M	35	20 / 20	construction/ 14
008N	Nil	F	29	23 / 23	commis/ 12

Triade # 40

164E	D	F	25	17 / 17	réceptionniste/ 14
186E	troubles obsess. dés. psychosexuel	M	24	15/ 15	commis dans librairie / 12
088N	Nil	F	25	22 / 22	infirmière licenc./14

Triade # 41

185E	D	F	26	21 / 48	secrétaire/ 12
143E	dés. d'anxiété + dysfction sex.	M	27	21 / 21	commis de bureau/ 10
166N	Nil	F	24	30 / 30	infirmière licenc./ 14

Triade mal appariées selon le sexe et l'âge:Triade # 42

214E	D	F	63	11/ 11	chômage/ 10
146E	schizo. paran.	M	19	7 / ---	étudiant/ 11
281N	Nil	F	63	10/ 60	retraîtée/ 12

Appendice E

MENTAL HEALTH RESEARCH PROJECT

Primary Investigator: Lyne Prud'homme
 Advisor: Pierre Baron Ph.D., C. Psych.

CONSENT FORM

The study in which you are asked to participate in is part of the requirement for this researcher's Ph.D. dissertation. It is a study on psychological aspects of different forms of mental illness. As part of the study the researcher will need to be informed about the diagnosis that your doctor has established. You will be required to fill out five brief questionnaires which should take about two hours of your time. In these you will be asked to answer some questions about your feelings and beliefs as well as to provide some information about yourself.

Your set of questionnaires will be identified by code to insure confidentiality; no names are to be recorded on the sheets so that copies will remain anonymous. All information that pertains to you, be it in the form of the formal diagnosis, of the questionnaire replies and results or of other personal information, will be treated with the utmost care in order to insure confidentiality. They will be handled only by the researcher and her thesis advisor, a registered psychologist in the provinces of Québec and Ontario. Your refusal to participate, or withdrawal of your participation at any time will not affect your present or future care by the staff of this hospital. The information and answers will be deleted from the project if you decide to withdraw.

If you decide to participate and would like to know more about the study or to be briefed on the results, please leave your name and phone number with the researcher, who will contact you after all participants have been tested. Should you have any other concerns or questions about the study, either now or later, I would be glad to discuss it with you.

I agree to participate in this study,

Participant's signature: _____

Date: _____

Appendice E (suite)

PROJET DE RECHERCHE EN SANTE MENTALE

Investigateur principal: Lyne Prud'homme
 Directeur de thèse: Pierre Baron Ph.D.

FORMULE DE CONSENTEMENT

L'étude à laquelle nous vous invitons à participer fait partie des exigences de la thèse de doctorat de cet investigateur. Il s'agit d'une étude portant sur les caractéristiques psychologiques de diverses formes de maladie mentale. Dans le contexte de cette étude, il sera nécessaire qu'on soit informé du diagnostic que votre médecin a formulé. De votre côté, on vous demandera de remplir cinq questionnaires qui exigeront environ deux heures de votre temps. Dans ces questionnaires vous serez appelés à vous prononcer sur vos croyances et vos sentiments à propos de divers sujets ainsi qu'à fournir certaines informations personnelles.

Les questionnaires seront identifiés à l'aide d'un chiffre et aucun nom ne doit apparaître sur les questionnaires de sorte que vous restiez dans l'anonymat. Toute information à votre sujet qu'il s'agisse du diagnostic, de vos réponses aux questionnaires ou des informations personnelles, seront traitées avec le plus grand soin de façon à respecter leur caractère confidentiel. Seul deux personnes auront accès à ces informations, soit l'investigateur et son directeur de thèse, qui est un psychologue enregistré dans les provinces de Québec et d'Ontario. Que vous refusiez de participer ou que vous décidiez de vous retirer de l'étude en cours de route n'affectera en aucune façon les soins que vous recevez ou que vous serez appelés à recevoir dans cet hôpital. Les informations et les réponses seront rayées du projet si vous décidez de vous retirer de l'étude.

Si vous êtes intéressés à en savoir davantage au sujet de l'étude ou à avoir un aperçu des résultats, veuillez laisser votre nom et numéro de téléphone, de sorte qu'on puisse vous contacter lorsque tous les participants auront terminé. Si vous avez des questions ou des inquiétudes à propos du projet soit maintenant ou plus tard, Je suis prête à en discuter avec vous volontiers.

J'accepte de participer à cette étude,

Signature du (de la) participant(e): _____

date: _____

Appendice F

PAST WEEK

INSTRUCTIONS

1. On this questionnaire are groups of 5 statements.
2. Read each group of statements carefully. Then pick out the one statement in each group that best describes the way you have been feeling the PAST WEEK. Circle the number next to the statement you picked.
3. For every group in which you circled #1, 2, 3 or 4 answer the follow-up question as to whether you have been feeling that way for more or less than 2 weeks.

Subject #1: _____

Date: ____/____/____

6) 0 I get as much pleasure out of my usual activities as usual.
 1 I get a little less pleasure from 1 or 2 of my usual activities.
 2 I get less pleasure from several of my usual activities.
 3 I get almost no pleasure from most of the activities which I usually enjoy.
 4 I get no pleasure from any of the activities which I usually enjoy.

see if you circled #1, 2, 3 or 4: Has your enjoyment in your usual activities been low for more or less than 2 weeks? more less

7) 0 I have not noticed any recent change in my interest in sex.
 1 I am only slightly less interested in sex than usual.
 2 There is a noticeable decrease in my interest in sex.
 3 I am much less interested in sex now.
 4 I have lost all interest in sex.

see if you circled #1, 2, 3 or 4: Has your interest in sex been low for more or less than 2 weeks? more less

8) 0 I have not been feeling guilty.
 1 I occasionally feel a little guilty.
 2 I often feel guilty.
 3 I feel quite guilty most of the time.
 4 I feel extremely guilty most of the time.

see if you circled #1, 2, 3 or 4: Have you had guilt feelings for more or less than 2 weeks? more less

9) 0 I do not feel like a failure.
 1 My opinion of myself is occasionally a little low.
 2 I feel I am inferior to most people.
 3 I feel like a failure.
 4 I feel I am a totally worthless person.

see if you circled #1, 2, 3 or 4: Have you been down on yourself for more or less than 2 weeks? more less

10) 0 I haven't had any thoughts of death or suicide.
 1 I occasionally think life is not worth living.
 2 I frequently think of dying in passive ways (such as going to sleep and not waking up), or that I'd be better off dead.
 3 I have frequent thoughts of killing myself, but I would not carry them out.
 4 I would kill myself if I had the chance.

see if you circled #1, 2, 3 or 4: Have you been thinking about dying or killing yourself for more or less than 2 weeks? more less

1) 0 I do not feel sad or depressed.
 1 I occasionally feel sad or down.
 2 I feel sad most of the time, but I can snap out of it.
 3 I feel sad all the time, and I can't snap out of it.
 4 I am so sad or unhappy that I can't stand it.

see if you circled #1, 2, 3 or 4: Have you been feeling sad or down for more or less than 2 weeks? more less

2) 0 My energy level is normal.
 1 My energy level is occasionally a little lower than normal.
 2 I get tired more easily or have less energy than usual.
 3 I get tired from doing almost anything.
 4 I feel tired or exhausted almost all of the time.

see if you circled #1, 2, 3 or 4: Has your energy level been lower than usual for more or less than 2 weeks? more less

3) 0 I have not been feeling more restless and fidgety than usual.
 1 I feel a little more restless or fidgety than usual.
 2 I have been very fidgety, and I have some difficulty sitting still in a chair.
 3 I have been extremely fidgety, and I have been pacing a little bit almost every day.
 4 I have been pacing more than an hour per day, and I can't sit still.

see if you circled #1, 2, 3 or 4: Have you felt restless and fidgety for more or less than 2 weeks? more less

4) 0 I have not been talking or moving more slowly than usual.
 1 I am talking a little slower than usual.
 2 I am speaking slower than usual, and it takes me longer to respond to questions, but I can still carry on a normal conversation.
 3 Normal conversations are difficult because it is hard to start talking.
 4 I feel extremely slowed down physically, like I am stuck in mud.

see if you circled #1, 2, 3 or 4: Have you felt slowed down for more or less than 2 weeks? more less

5) 0 I have not lost interest in my usual activities.
 1 I am a little less interested in 1 or 2 of my usual activities.
 2 I am less interested in several of my usual activities.
 3 I have lost most of my interest in almost all of my usual activities.
 4 I have lost all interest in all of my usual activities.

see if you circled #1, 2, 3 or 4: Has your interest in your usual activities been low for more or less than 2 weeks? more less

Appendice F (suite)

- 17) 0 I am not sleeping less than normal.
 1 I occasionally have slight difficulty sleeping.
 2 I clearly don't sleep as well as usual.
 3 I sleep about half my normal amount of time.
 4 I sleep less than 2 hours per night.
- If you circled #1, 2, 3 or 4: Which of these sleep problems have you experienced?
 (circle all which apply)
 1 I have difficulty falling asleep.
 2 My sleep is fitful and restless in the middle of the night.
 3 I wake up earlier than usual and cannot fall back to sleep
- see if you circled #1, 2, 3 or 4: Have you been having sleep problems for more or less than 2 weeks? more less
-
- 18) 0 I am not sleeping more than normal.
 1 I occasionally sleep more than usual.
 2 I frequently sleep at least 1 hour more than usual.
 3 I frequently sleep at least 2 hours more than usual.
 4 I frequently sleep at least 3 hours more than usual.
- see if you circled #1, 2, 3 or 4: Have you been sleeping extra for more or less than 2 weeks? more less
-
- 19) 0 I do not feel anxious, nervous or tense.
 1 I occasionally feel a little anxious.
 2 I often feel anxious.
 3 I feel very anxious most of the time.
 4 I feel terrified and near panic.
- see if you circled #1, 2, 3 or 4: Have you been feeling anxious, nervous or tense for more or less than 2 weeks? more less
-
- 20) 0 I do not feel discouraged about the future.
 1 I occasionally feel a little discouraged about the future.
 2 I often feel discouraged about the future.
 3 I feel very discouraged about the future most of the time.
 4 I feel that the future is hopeless and that things will never improve.
- see if you circled #1, 2, 3 or 4: Have you been feeling discouraged for more or less than 2 weeks? more less
-
- 21) 0 I do not feel irritated or annoyed.
 1 I occasionally get a little more irritated than usual.
 2 I get irritated or annoyed by things that usually don't bother me.
 3 I feel irritated or annoyed almost all the time.
 4 I feel so depressed that I don't get irritated at all by things that used to bother me.
- see if you circled #1, 2, 3 or 4: Have you been feeling more irritable than usual for more or less than 2 weeks? more less
-
- 22) 0 I am not worried about my physical health.
 1 I am occasionally concerned about bodily aches and pains.
 2 I am worried about my physical health.
 3 I am very worried about my physical health.
 4 I am so worried about my physical health that I cannot think about anything else.
- see if you circled #1, 2, 3 or 4: Have you been worried about your physical health for more or less than 2 weeks? more less
-
- 11) 0 I can concentrate as well as usual.
 1 My ability to concentrate is slightly worse than usual.
 2 My attention span is not as good as usual and I am having difficulty collecting my thoughts, but this hasn't caused any problems.
 3 My ability to read or hold a conversation is not as good as it usually is.
 4 I cannot read, watch TV, or have a conversation without great difficulty.
- see if you circled #1, 2, 3 or 4: Have you had problems concentrating for more or less than 2 weeks? more less
-
- 12) 0 I make decisions as well as I usually do.
 1 Decision making is slightly more difficult than usual.
 2 It is harder and takes longer to make decisions, but I do make them.
 3 I am unable to make some decisions.
 4 I can't make any decisions at all.
- see if you circled #1, 2, 3 or 4: Have you had problems making decisions for more or less than 2 weeks? more less
-
- 13) 0 My appetite is not less than normal.
 1 My appetite is slightly worse than usual.
 2 My appetite is clearly not as good as usual, but I still eat.
 3 My appetite is much worse now.
 4 I have no appetite at all, and I have to force myself to eat even a little.
- see if you circled #1, 2, 3 or 4: Has your appetite been decreased for more or less than 2 weeks? more less
-
- 14) 0 I haven't lost any weight.
 1 I've lost less than 5 pounds.
 2 I've lost between 5-10 pounds.
 3 I've lost between 11-25 pounds.
 4 I've lost more than 25 pounds.
- If you circled #1, 2, 3 or 4: Have you been dieting and deliberately trying to lose weight? Y or N
- see if you circled #1, 2, 3 or 4: Have you been losing weight for more or less than 2 weeks? more less
-
- 15) 0 My appetite is not greater than normal.
 1 My appetite is slightly greater than usual.
 2 My appetite is clearly greater than usual.
 3 My appetite is much greater than usual.
 4 I feel hungry all the time.
- see if you circled #1, 2, 3 or 4: Has your appetite been increased for more or less than 2 weeks? more less
-
- 16) 0 I haven't gained any weight.
 1 I've gained less than 5 pounds.
 2 I've gained between 5-10 pounds.
 3 I've gained between 11-25 pounds.
 4 I've gained more than 25 pounds.
- see if you circled #1, 2, 3 or 4: Have you been gaining weight for more or less than 2 weeks? more less

Appendice F (suite)

- 23) Circle the statement that best describes how your mood varies during the course of the day:
- 0 I clearly feel the most depressed in the morning.
 - 1 I clearly feel the most depressed in the afternoon.
 - 2 I clearly feel the most depressed in the evening.
 - 3 I do not feel consistently more depressed during any particular part of the day.
- 24) Do you feel any better when something pleasant happens or someone tries to cheer you up?
- 0 Yes, I feel almost normal for a short time.
 - 1 I feel a little better, but I still feel somewhat depressed.
 - 2 No, I don't feel any better.
- 25) How does the feeling of depression or sadness compare with the depression you would feel after someone close to you died? (If the 2 types of depression differ ONLY in severity circle #0)
- 0 There is no difference between the two types of depression.
 - 1 There is a definite difference between the two.

The University of Iowa

Iowa City, Iowa 52242

The University of Iowa Hospitals and Clinics
Department of Psychiatry
Psychiatric Hospital
500 Newton Road

To Call Writer Direct
Phone (319)



1847

Dear Colleague:

I apologize for the form letter, however the time constraints imposed by medical school makes it impossible for me to personally respond to everyone inquiring about the IDD.

Several individuals have asked for permission to use the IDD in their own research. Please do. Feel free to photocopy the scale whether for research or for clinical practice. I would be grateful if you informed me of your results, be they positive or negative.

The only other population we have studied is a nonpatient sample (relatives of psychiatric patients). Preliminary results based on almost 400 individuals are presented in our paper which is in press in the Journal of Consulting and Clinical Psychology (scheduled for the first issue of 1987). We also studied the Lifetime Version of the IDD in a subset of this sample, and those results are now in press in Acta Psychiatrica Scandinavica. Briefly, both studies showed a high level of concordance between the IDD and the Diagnostic Interview Schedule.

Thank you for your interest, and I would be interested in your experience in using the scale.

Sincerely,

A handwritten signature in cursive script that reads "Mark Zimmerman".

Mark Zimmerman

MZ:sly
Enclosure

Appendice G

Subject #: _____

In order to have a clearer picture of the group of people that volunteered to participate in the study, some basic information must be gathered and compiled. Again these are subject to the utmost confidentiality.

Sex: _____

Age: _____

Education (diploma and/or last grade level completed) : _____

Present occupation: _____

Personal income (per year): _____

Family income (per year): _____

Did any member of your family pass away recently? _____

If so, how were you related to this person (daughter, son, etc.)?

How long has it been since it occurred? _____

Has any close friend of yours passed away recently? _____

If so, how long ago did that occur? _____

Appendice H

BECK INVENTORY

On this questionnaire are groups of statements. Please read each group of statements carefully. Then pick out the one statement in each group which best describes the way you have been feeling the PAST WEEK, INCLUDING TODAY! Circle the number beside the statement you picked. If several statements in the group seem to apply equally well, circle each one. Be sure to read all the statements in each group before making your choice.

1. 0 I do not feel sad.
1 I feel sad.
2 I am sad all the time and I can't snap out of it.
3 I am so sad or unhappy that I can't stand it.
2. 0 I am not particularly discouraged about the future.
1 I feel discouraged about the future.
2 I feel I have nothing to look forward to.
3 I feel that the future is hopeless and that things cannot improve.
3. 0 I do not feel like a failure.
1 I feel I have failed more than the average person.
2 As I look back on my life, all I can see is a lot of failures.
3 I feel I am a complete failure as a person.
4. 0 I get as much satisfaction out of things as I used to.
1 I don't enjoy things the way I used to.
2 I don't get real satisfaction out of anything anymore.
3 I am dissatisfied or bored with everything.
5. 0 I don't feel particularly guilty.
1 I feel guilty a good part of the time.
2 I feel quite guilty most of the time.
3 I feel guilty most of the time.
6. 0 I don't feel I am being punished.
1 I feel I may be punished.
2 I expect to be punished.
3 I feel I am been punished.
7. 0 I don't feel disappointed in myself.
1 I am disappointed in myself.
2 I am disgusted with myself.
3 I hate myself.
8. 0 I don't feel I am any worse than anybody else.
1 I am critical of myself for my weaknesses or mistakes.
2 I blame myself all the time for my faults.
3 I blame myself for everything bad that happens.

Appendice H (suite)

9. 0 I don't have any thoughts of killing myself.
1 I have thoughts of killing myself, but I wouldn't carry them out.
2 I would like to kill myself.
3 I would kill myself if I had the chance.
10. 0 I don't cry anymore than usual.
1 I cry more now than I used to.
2 I cry all the time now.
3 I used to be able to cry, but now I can't cry even though I want to.
11. 0 I am no more irritated now than I ever am.
1 I get annoyed or irritated more easily than I used to.
2 I feel irritated all the time now.
3 I don't get irritated at all by the things that used to irritate me.
12. 0 I have not lost interest in other people.
1 I am less interested in other people than I used to be.
2 I have lost most of my interest in other people.
3 I have lost all of my interest in other people.
13. 0 I make decisions about as well as I ever could.
1 I put off making decisions more than I used to.
2 I have greater difficulty in making decisions than before.
3 I can't make decisions at all anymore.
14. 0 I don't feel I look any worse than I used to.
1 I am worried that I am looking old or unattractive.
2 I feel that there are permanent changes in my appearance that make me look unattractive.
3 I believe that I look ugly.
15. 0 I can work about as well as before.
1 It takes an extra effort to get started at doing something.
2 I have to push myself very hard to do anything.
3 I can't do any work at all.
16. 0 I can sleep as well as usual.
1 I don't sleep as well as I used to.
2 I wake up 1-2 hours earlier than usual and find it hard to get back to sleep.
3 I wake up several hours earlier than I used to and cannot go back to sleep.
17. 0 I don't get more tired than usual.
1 I get tired more easily than I used to.
2 I get tired from doing almost anything.
3 I am too tired to do anything.

Appendice H (suite)

18. 0 My appetite is no worse than usual.
 1 My appetite is not as good as it used to be.
 2 My appetite is much worse now.
 3 I have no appetite at all anymore.
19. 0 I haven't lost much weight, if any lately.
 1 I have lost more than 5 pounds.
 2 I have lost more than ten pounds.
 3 I have lost more than 15 pounds.

I am purposefully trying to loose weight by eating less Yes_____

 No_____

20. 0 I am no more worried about my health than usual.
 1 I am worried about physical problems such as aches and pains; or upset stomach; or constipation.
 2 I am very worried about physical problems and it's hard to think of much else.
 3 I am so worried about my physical problems, that I cannot think about much anything else.
21. 0 I have not noticed any recent change in my interest in sex.
 1 I am less interested in sex than I used to be.
 2 I am much less interested in sex now.
 3 I have lost interest in sex completely.

Having now completed the series of questionnaires, how would you rate the following.

I understood:

- A. All or almost all the wording and questions.
 B. Between half and three-quarters of the wording and questions
 C. About half the wording and questions or less.

FOUNDATION FOR COGNITIVE THERAPY AND RESEARCH

AARON T. BECK, M.D., DIRECTOR

ROOM 602

133 SOUTH 36TH STREET
PHILADELPHIA, PA 19104

(215) 898-4100

Lynne Poud'homme
Pierre Baras, Ph.D.
Dept. of Psychology
University of Ottawa

December 8, 1987

Dear Colleague:

Thank you for your recent letter. On behalf of Aaron T. Beck, M.D., I am responding to your interest in our research scales.

For your convenience, I have enclosed a copy/copies of the most recent version(s) of the Beck Depression Inventory

You have Dr. Beck's permission for use and reproduction of the above named scale(s) for your research. There is no charge for this permission.

In reciprocation, we would like you to send us a complimentary copy of any reports, preprints, or publications you prepare in which our materials are used. These will be catalogued in our central library to serve as a resource for other researchers and clinicians. We would also appreciate further information regarding your proposed research project.

If you have any questions, feel free to contact me during business hours. I will look forward to hearing from you.

Sincerely,



Dan Tanenbaum
for Aaron T. Beck, M.D.
University Professor of Psychiatry
Director, Center for Cognitive Therapy

Appendice I

Tableau de fréquence des sujets normaux selon leur score au "Center for Epidemiological Studies- Depression scale" (CES-D).

<u>Scores au CES-D</u>	<u>Fréquences</u>	
	Sujets masculins	Sujets féminins
1	0	2
2	2	2
3	2	1
4	2	3
5	0	2
6	1	2
7	0	1
8	0	3
9	1	2
10	2	2
11	1	2
13	0	2
15	0	1
16	3	0

Appendice J

DES-D Scale

Instructions for questions: Below is a list of the ways you might have felt or behaved. Please tell me how often you have felt this way during the past week using the rating scale A.

Rating Scale A: Mark a letter...

- A if you have felt it Rarely or None of the Time(Less than one Day).
B if you have felt it Some or a Little of the Time(1-2 days).
C if you have felt it Occasionally or a Moderate Amount of Time(3-4 Days).
D if you have felt it Most or All of the Time(5-7 Days).

During the past week:

-
1. I was bothered by things that usually dont bother me. -----
 2. I did not feel like eating; my appetite was poor. -----
 3. I felt that I could not shake off the blues even with help from my family or friends. -----
 4. I felt that I was just as good as other people. -----
 5. I had trouble keeping my mind on what I was doing. -----
 6. I felt depressed. -----
 7. I felt that everything I did was an effort. -----
 8. I felt hopeful about the future. -----
 9. I thought my life had been a failure. -----
 10. I felt fearful. -----
 11. My sleep was restless. -----
 12. I was happy. -----
 13. I talked less than usual. -----
 14. I felt lonely. -----
 15. People were unfriendly. -----
 16. I enjoyed life. -----
 17. I had crying spells. -----

Appendice J (suite)

18. I felt sad.

19. I felt that people disliked me.

20. I could not get "going".

SELF-EVALUATION QUESTIONNAIRE

Developped by C.D. Spielberger, R.L. Gorsuch and R. Lushene
Used by permission of the Publisher

DIRECTIONS: A number of statements which people have used to describe themselves are given below. Read each statement and then circle the appropriate number to the right of the statement to indicate how you feel right now, that is, at this moment. There are no right or wrong answers. Do not spend too much time on any one statement but give the answer which seems to describe your present feeling best.

	Not at all	Somewhat	Moderately so	Very much so
1. I feel calm.....	1	2	3	4
2. I feel secure.....	1	2	3	4
3. I am tense.....	1	2	3	4
4. I am regretful.....	1	2	3	4
5. I feel at ease.....	1	2	3	4
6. I feel upset.....	1	2	3	4
7. I am presently worrying over possible misfortunes...	1	2	3	4
8. I feel rested.....	1	2	3	4
9. I feel anxious.....	1	2	3	4
10. I feel comfortable.....	1	2	3	4
11. I feel self-confident.....	1	2	3	4
12. I feel nervous.....	1	2	3	4
13. I am jittery.....	1	2	3	4
14. I feel "high strung".....	1	2	3	4
15. I am relaxed.....	1	2	3	4
16. I feel content.....	1	2	3	4
17. I am worried.....	1	2	3	4
18. I feel over-excited and "rattled".....	1	2	3	4
19. I feel joyful.....	1	2	3	4
20. I feel pleasant.....	1	2	3	4

DIRECTIONS FOR SECOND TEST: A number of statements which people have used to describe themselves are given below. Read each statement and then circle the appropriate number to the right of the statement to indicate how you generally feel. There are no right or wrong answers. Do not spend too much time on any one statement but give the answer which seems to best describe how you generally feel.

	Almost never	Sometimes	Often	Almost always
21. I feel pleasant.....	1	2	3	4
22. I tire quickly.....	1	2	3	4
23. I feel like crying.....	1	2	3	4

Appendice K (suite)

	Almost never	Sometimes	Often	Almost always
24. I wish I could be as happy as others seem to be....	1	2	3	4
25. I am losing out on things because I can't make up my mind soon enough.....	1	2	3	4
26. I feel rested.....	1	2	3	4
27. I am "calm, cool, and collected".....	1	2	3	4
28. I feel that difficulties are piling up so that I cannot overcome them.....	1	2	3	4
29. I worry too much over something that really doesn't matter.....	1	2	3	4
30. I am happy.....	1	2	3	4
31. I am inclined to take things hard.....	1	2	3	4
32. I lack self-confidence.....	1	2	3	4
33. I feel secure.....	1	2	3	4
34. I try to avoid facing a crisis or difficulty.....	1	2	3	4
35. I feel blue.....	1	2	3	4
36. I am content.....	1	2	3	4
37. Some unimportant thought runs through my mind and bothers me.....	1	2	3	4
38. I take disappointments so keenly that I can't put them out of my mind.....	1	2	3	4
39. I am a steady person.....	1	2	3	4
40. I get in a state of tension or turmoil as I think over my recent concerns and interests.....	1	2	3	4

 Copyright © by Charles D. Spielberger. Reproduction of this test or any portion thereof by any process without written permission of the publisher is prohibited.

Appendice L

IBT INVENTORYInstructions;

This is an inventory of the way you believe and feel about various things. There are a number of statements with which you will tend to agree or disagree. Please circle the numbered response which most clearly reflects your opinion. It is not necessary to think over any item very long. Mark your answer quickly and go on to the next statement. Be sure to mark how you actually feel about the statement, not how you should feel. For each statement, you have to choose between:

- mark #1 which states that you STRONGLY DISAGREE
- mark #2 which states that you MODERATELY DISAGREE
- mark #3 which states that you neither agree nor disagree, NEUTRAL
- mark #4 which states that you MODERATELY AGREE
- mark #5 which states that you STRONGLY AGREE

Try to avoid the neutral or "3" response as much as possible. Select this answer only if you really cannot decide whether you tend to agree or disagree with a statement. You may turn the page and start.

Appendice L (suite)

	strongly disagree	moderately disagree	neutral	moderately agree	strongly agree
1. It is important to me that others approve of me.	1	2	3	4	5
2. I hate to fail at anything.	1	2	3	4	5
3. People who do wrong deserve what they get.	1	2	3	4	5
4. I usually accept what happens philosophically.	1	2	3	4	5
5. If a person wants to, he or she can be happy under almost any circumstances.	1	2	3	4	5
6. I have a fear of some things that often bothers me.	1	2	3	4	5
7. I usually put off important decisions.	1	2	3	4	5
8. Everyone needs someone he or she can depend on for help or advice.	1	2	3	4	5
9. "A zebra cannot change its stripes."	1	2	3	4	5
10. There is a right way to do everything.	1	2	3	4	5
11. I like the respect of others, but I don't have to have it.	1	2	3	4	5
12. I avoid things I cannot do well.	1	2	3	4	5
13. Too many evil persons escape the punishment they deserve.	1	2	3	4	5
14. Frustrations dont upset me.	1	2	3	4	5
15. People are disturbed not by situations but by the view they take of them.	1	2	3	4	5
16. I feel little anxiety over unexpected dangers or future events.	1	2	3	4	5
17. I try to go ahead and get boring tasks behind me when they come up.	1	2	3	4	5
18. I try to consult an authority on important decisions.	1	2	3	4	5

Appendice L (suite)

	strongly disagree	moderately disagree	neutral	moderately agree	strongly agree
19. It is almost impossible to overcome the influences of the past.	1	2	3	4	5
20. There is no perfect solution to anything.	1	2	3	4	5
21. I want everyone to like me.	1	2	3	4	5
22. I don't mind competing in activities where others are better than I.	1	2	3	4	5
23. Those who do wrong deserve to be blamed.	1	2	3	4	5
24. Things should be different from the way they are.	1	2	3	4	5
25. I cause my own moods.	1	2	3	4	5
26. I often can't get my mind off some concern.	1	2	3	4	5
27. I avoid facing my problems.	1	2	3	4	5
28. People need a source of strenght outside themselves.	1	2	3	4	5
29. Just because something once strongly affects your life doesn't mean it need do so in the future.	1	2	3	4	5
30. There is rarely an easy way out of life's difficulties.	1	2	3	4	5
31. I can like myself even when many others don't.	1	2	3	4	5
32. I like to succed at something but I don't feel I have to.	1	2	3	4	5
33. Immorality should be strongly punished.	1	2	3	4	5
34. I often get disturbed over situations I don't like.	1	2	3	4	5
35. People who are miserable have usually made themselves that way.	1	2	3	4	5
36. If I can't keep something from happening, I don't worry about it.	1	2	3	4	5

Appendice L (suite)

	strongly disagree	moderately disagree	neutral	moderately agree	strongly agree
37. I usually make decisions as promptly as I can.	1	2	3	4	5
38. There are certain people that I depend on greatly.	1	2	3	4	5
39. People overvalue the influence of the past.	1	2	3	4	5
40. Some problems will always be with us.	1	2	3	4	5
41. If others dislike me, that's their problem, not mine.	1	2	3	4	5
42. It is highly important to me to be successful in everything I do.	1	2	3	4	5
43. I rarely blame people for their wrongdoings.	1	2	3	4	5
44. I usually accept things the way they are, even if I don't like them.	1	2	3	4	5
45. A person won't stay angry or blue long unless he or she keeps himself (herself) that way.	1	2	3	4	5
46. I can't stand to take chances.	1	2	3	4	5
47. Life is too short to spend it doing unpleasant tasks.	1	2	3	4	5
48. I like to stand on my own two feet.	1	2	3	4	5
49. If I had had different experiences I could be more like I want to be.	1	2	3	4	5
50. Every problem has a correct solution.	1	2	3	4	5
51. I find it hard to go against what others think.	1	2	3	4	5
52. I enjoy activities for their own sake, no matter how good I am at them.	1	2	3	4	5
53. The fear of punishment helps people to be good.	1	2	3	4	5
54. If things annoy me, I just ignore them.	1	2	3	4	5

Appendice L (suite)

	strongly disagree	moderately disagree	neutral	moderately agree	strongly agree
55. The more problems a person has, the less happy he or she will be.	1	2	3	4	5
56. I am rarely anxious over the future.	1	2	3	4	5
57. I rarely put things off.	1	2	3	4	5
58. I am the only one who can really understand and face my problems.	1	2	3	4	5
59. I rarely think of past experiences as affecting me now.	1	2	3	4	5
60. We live in a world of chance and probability.	1	2	3	4	5
61. Although I like the approval, it's not a real need for me.	1	2	3	4	5
62. It bothers me when others are better than I am at something.	1	2	3	4	5
63. Everyone is basically good.	1	2	3	4	5
64. I do what I can to get what I want and then don't worry about it.	1	2	3	4	5
65. Nothing is upsetting in itself, only in the way you interpret it.	1	2	3	4	5
66. I worry alot about certain things in the future.	1	2	3	4	5
67. It is difficult for me to do unpleasant chores.	1	2	3	4	5
68. I dislike for others to make decisions for me.	1	2	3	4	5
69. We are slaves to our personal histories.	1	2	3	4	5
70. There is rarely an ideal solution to anything.	1	2	3	4	5
71. I often worry about how much people approve of and accept me.	1	2	3	4	5
72. It upsets me to make mistakes.	1	2	3	4	5

Appendice L (suite)

	strongly disagree	moderately disagree	neutral	moderately agree	strongly agree
73. It's unfair that "the rain falls on both the just and the unjust".	1	2	3	4	5
74. I am fairly easygoing about life.	1	2	3	4	5
75. More people should face up to the unpleasantness of life.	1	2	3	4	5
76. Sometimes I can't get a fear off my mind.	1	2	3	4	5
77. A life of ease is rarely very rewarding.	1	2	3	4	5
78. I find it easy to seek advice.	1	2	3	4	5
79. Once something strongly affects your life, it always will.	1	2	3	4	5
80. It is better off to look for a practical solution than a perfect one.	1	2	3	4	5
81. I have considerable concern with what people are feeling about me.	1	2	3	4	5
82. I often become quite annoyed over little things.	1	2	3	4	5
83. I usually give someone who has wronged me a second chance.	1	2	3	4	5
84. I dislike responsibility.	1	2	3	4	5
85. There is never any reason to remain sad for very long.	1	2	3	4	5
86. I hardly ever think of such things as death or atomic war.	1	2	3	4	5
87. People are the happiest when they have challenges and problems to overcome.	1	2	3	4	5
88. I dislike having to depend on others.	1	2	3	4	5
89. People never change basically.	1	2	3	4	5
90. I feel I must handle things in the right way.	1	2	3	4	5

Appendice L (suite)

	strongly disagree	moderately disagree	neutral	moderately agree	strongly agree
91. It is annoying but not upsetting to be criticized.	1	2	3	4	5
92. I am not afraid to do things which I cannot do well.	1	2	3	4	5
93. No one is evil eventhough his or her deeds may be.	1	2	3	4	5
94. I rarely become upset over the mistakes of others.	1	2	3	4	5
95. Man makes his own hell within himself.	1	2	3	4	5
96. I often find myself planning what I should do in different dangerous situations.	1	2	3	4	5
97. If something is necessary, I do it even if it is unpleasant.	1	2	3	4	5
98. I've learned not to expect someone else to be very concerned about my welfare.	1	2	3	4	5
99. I don't look upon the past with any regrets.	1	2	3	4	5
100. There is no such thing as an ideal set of circumstances.	1	2	3	4	5

Appendice M

SHORKEY-WHITEMAN INVENTORY-RBI

For each of the following questions, please circle the numbered response which most clearly reflects your opinion. Please note that the ratings (right hand corner) are different from those of the previous questionnaire. Work quickly and answer each question.

	Strongly agree	Agree	Neutral	Disagree	Strongly disagree
1. Helping others is the very basis of life.	1	2	3	4	5
2. It is necessary to be especially friendly to new colleagues and neighbors.	1	2	3	4	5
3. People should observe moral laws more strictly than they do.	1	2	3	4	5
4. I find it difficult to take criticism without feeling hurt.	1	2	3	4	5
5. I often spend more time trying to think of ways of getting out of things than it would take me to do it.	1	2	3	4	5
6. I tend to become terribly upset and miserable when things are not the way I would like them to be.	1	2	3	4	5
7. It is impossible at any given time to change one's emotions.	1	2	3	4	5
8. It is sinful to doubt the Bible.	1	2	3	4	5
9. Sympathy is the most beautiful human emotion.	1	2	3	4	5
10. I shrink from facing a crisis or difficulty.	1	2	3	4	5
11. I often get excited or upset when things go wrong.	1	2	3	4	5
12. One should rebel against doing unpleasant things, however necessary, if doing them is unpleasant.	1	2	3	4	5
13. I get upset when neighbors are very harsh with their little children.	1	2	3	4	5
14. It is realistic to expect that there should be no incompatibility in marriage.	1	2	3	4	5
15. I frequently feel unhappy with my appearance.	1	2	3	4	5

Appendice M (suite)

	Strongly agree	Agree	Neutral	Disagree	Strongly disagree
16. A person should be thoroughly competent, adequate, talented, and intelligent in all possible respects.	1	2	3	4	5
17. What others think of you is most important.	1	2	3	4	5
18. Other people should make things easier for us, and help with life's difficulties.	1	2	3	4	5
19. I tend to look to others for the kind of behavior they approve as right or wrong.	1	2	3	4	5
20. I find that my occupation and social life tend to make me unhappy.	1	2	3	4	5
21. I usually try to avoid doing chores which I dislike doing.	1	2	3	4	5
22. Some of my family and/or friends have habits that bother and annoy me very much.	1	2	3	4	5
23. I tend to worry about possible accidents and disasters.	1	2	3	4	5
24. I like to bear responsibility alone.	1	2	3	4	5
25. I get terribly upset and miserable when things are not the way I like them to be.	1	2	3	4	5
26. I worry quite a bit over possible misfortunes.	1	2	3	4	5
27. Punishing oneself for all errors will prevent future mistakes.	1	2	3	4	5
28. One can best help others by criticizing them and sharply point out the error of their ways.	1	2	3	4	5
29. Worrying about a possible danger will help ward it off or decrease its effects.	1	2	3	4	5
30. I worry about little things.	1	2	3	4	5
31. Certain people are bad, wicked, or villainous and should be severely blamed and punished for their sins.	1	2	3	4	5

Appendice M (suite)

	Strongly agree	Agree	Neutral	Disagree	Strongly disagree
32. A large number of people are guilty of bad sexual conduct.	1	2	3	4	5
33. One should blame oneself severely for all mistakes and wrongdoings.	1	2	3	4	5
34. It makes me very uncomfortable to be different.	1	2	3	4	5
35. I worry over possible misfortunes.	1	2	3	4	5
36. I prefer to be independent of others in making decisions.	1	2	3	4	5
37. Because a certain thing once strongly affected one's life it should indefinitely affect it.	1	2	3	4	5

© copyright 1973

Appendice M (suite)

NOTICE

The ETS Test Collection provides microfiche copies of certain unpublished tests as a service to educators and psychologists. It is hoped that these materials will provide users with creative ideas for the development of their own instruments, or, in some instances, with measures of attributes for which no published tests are available.

The materials included on the microfiche may be reproduced by the purchaser for his own use until otherwise notified by ETS or the author. Permission to use these materials in any other manner must be obtained directly from the author. This includes modifying or adapting the materials, and selling or distributing them to others. Any copyright notice or credit lines must be reproduced exactly as provided on the original.

Typically, the tests included in this service have not been subjected to the intensive investigation usually associated with commercially published tests. As a consequence, inclusion of a test does not imply any judgment by ETS of the quality or usefulness of the instrument. The purchaser must assume full responsibility for controlling access to these materials, the manner in which they are used, and the interpretation of data derived from their application.

It is recommended that access to these microfiche be limited to staff members of professionally recognized educational and psychological institutions or organizations, and individuals who are members of the American Educational Research Association, the American Psychological Association, the National Council on Measurement in Education, or the Association for Measurement and Evaluation in Guidance. The qualifications of others not in these categories should receive careful consideration.

Finally the purchaser is urged to provide information about his use of these materials directly to the authors. Many cooperating authors are interested in collecting data on their instruments which will make them more useful to others. Therefore, it is to the advantage of everyone concerned - authors, present users, and users in the future - that purchasers recognize their professional responsibility to initiate such communication. The address of the author of this instrument as of the date on which this series was released:

Clayton T. Shorkey
School of Social Work
University of Texas at Austin
Austin, TX 78712

ETS Test Collection
Educational Testing Service
Princeton, New Jersey 08541

Appendice N

Description des échelles du "Rational Behavior Inventory" (RBI).
Les scores élevés aux items sont associés aux polarités rationnelles par opposition à l'irrationalité.

Echelles du RBI	Description des échelles
Echelle #1	Evaluation objective des situations frustrantes par opposition (/) à l'escalade cognitive de la gravité de ces situations.
Echelle #2	Indulgences face aux transgressions/ culpabilité et attitude punitive.
Echelle #3	Préférence pour la compétence/ se demande d'être parfait en toute circonstance.
Echelle #4	Cadre de référence personnel pour le jugement/ jugement selon les critères d'autrui.
Echelle #5	Sensibilité à la considération d'autrui sans s'y attendre/ se demande ou a l'attente d'avoir la considération d'autrui.
Echelle #6	Faible tendance à blâmer/ Tendance à blâmer.
Echelle #7	Tendance à accepter les difficultés et ne pas éviter les tâches déplaisantes/ évitement des tâches et situations déplaisantes.
Echelle #8	Assume l'indépendance dans la prise de décision et la responsabilité face aux conséquences/ rejette la responsabilité (influence du passé) et l'indépendance.
Echelle #9	Evaluation positive de soi ou absence d'évaluation/ tendance à se perturber par une évaluation négative soi.
Echelle #10	Tendance à l'insouciance/ tendance à se perturber en pensant aux malheurs possibles.
Echelle #11	Contrôle de ses émotions possible dans la plupart des instances/ irresponsabilité émotionnelle.

Appendice 0

Tableau des items compris dans chaque échelle du RBI.

=====
Echelle I = 6-11-25-30

Echelle II = 3-8-32

Echelle III = 12-14-16-28

Echelle IV = 17-18-19

Echelle V = 1-2-9-13

Echelle VI = 27-29-31-33

Echelle VII = 5-10-21

Echelle VIII = 24* -36* -37

Echelle IX = 15-20-31

Echelle X = 23-26-35

Echelle XI = 4-7-22-34
=====

Appendice P

Matrice de coefficients de corrélation de Pearson impliquant les variables démographiques (âge, salaire, revenu familial, scolarité) et les totaux aux variables dépendantes, soit l'intensité de dépression (total au BDI), le degré d'irrationalité (total au IET), le degré de rationalité (total au RBI), l'anxiété actuelle et l'anxiété habituelle. Les coefficients pertinents à la variable sexe sont des coefficients de la corrélation de point bi-sérial puisqu'il s'agit d'une variable dichotomique; la corrélation avec la variable groupe est omise. Dans chaque case, se retrouve d'abord le coefficient puis en dessous sont le nombre de sujets impliqués (N=X) et le degré de signification (NS, indiquant non significatif).

	Age	salaire	revenu fam.	scolar.	BDI	IET	RBI	Anxiété act.	Anxiété habit.
Age	1.0	0.2305 p=.007	0.2015 p=.025	-.0028 p=.488	0.0035 p=.485	-.2191 p=.007	0.0530 p=.278	-.0274 p=.38	-.0657 p=.232
Salaire	0.2305 p=.007	1.0	0.3175 p=.001	0.4496 p=.001	-.1215 p=.098	-.2246 p=.008	0.3043 p=.001	-.1684 p=.036	-.2772 p=.001
Revenu fam.	0.2015 p=.007	0.3175 p=.001	1.0	0.3755 p=.001	-.1639 p=.055	-.1930 p=.03	0.2709 p=.004	-.2610 p=.005	-.2681 p=.004
scolarité	-.0028 p=.488	0.4496 p=.001	0.3755 p=.001	1.0	-.0311 p=.365	-.0625 p=.243	0.2670 p=.001	-.0444 p=.311	-.1662 p=.031
B.D.I.	0.0035 p=.485	-.1215 p=.098	-.1639 p=.055	-.0311 p=.365	1.0	0.4566 p=.001	-.4772 p=.001	0.6889 p=.001	0.7044 p=.001
IET	-.2191 p=.007	-.2246 p=.008	-.1930 p=.03	-.0625 p=.243	0.4566 p=.001	1.0	-.6173 p=.001	0.5405 p=.001	0.6452 p=.001
RBI	0.0530 p=.278	0.3043 p=.001	0.2709 p=.004	0.2670 p=.001	-.4772 p=.001	-.6173 p=.001	1.0	-.4387 p=.001	-.5985 p=.001
Anxiété act.	-.0274 p=.38	-.1684 p=.036	-.2610 p=.005	-.0444 p=.311	0.6889 p=.001	0.5405 p=.001	-.4387 p=.001	1.0	0.7305 p=.001
Anxiété habit.	-.0657 p=.232	-.2772 p=.001	-.2681 p=.004	-.1662 p=.031	0.7044 p=.001	0.6452 p=.001	-.5985 p=.001	0.7305 p=.001	1.0
Sexe*	0.0454 p>.05	0.3039 p<.05	0.0325 p>.05	0.0559 p>.05	0.0120 p>.05	0.0097 p>.05	0.0779 p>.05	0.0614 p>.05	0.1576 p<.05

* coefficients de corrélation de point-biserial.

Appendice @

Résultats de corrélation canonique (scores du IBT)

sans les variables démographiques

	1	2	3
R canon	0.8461	0.4436	0.2204
R ² canon	0.71595	0.19674	0.04858
Lambda (Cum)	0.21708	0.76424	0.95142
X ²	177.954	31.324	5.801
D.F.	39	24	11
% Trace	74.47976	20.46671	5.05354

Correlations between original Xs and Canonical X-variates:

	X' 1	X' 2	X' 3
C1	0.61507	0.18811	-.10545
C2	0.19653	-.14072	-.20697
C3	-.20593	-.16766	-.01622
C4	0.44708	-.24518	0.18951
C5	0.29786	-.39866	0.30101
C6	0.72232	0.04522	-.24779
C7	0.14548	-.04429	0.20799
C8	-.02216	0.43918	-.17781
C9	0.58202	0.28254	0.44994
C10	0.07334	0.39303	-.28163
Tot. IBT	0.58578	0.01898	0.02737
anx. act.	0.85183	-.13268	0.03203
anx. hab.	0.90384	-.00390	-.05346
% Tot. var.	0.27086	0.05781	0.04642
Redundancy	0.19392	0.01137	0.00225

Appendice Q (suite)

Correlations between original Ys and Canonical Y-variates:

	Y' 1	Y' 2	Y' 3
Tot. BDI	0.93815	-.31469	0.14441
Groupe 1	0.79727	-.30847	-.51885
Groupe 2	0.00427	0.90048	0.43488
% Tot. var.	0.50526	0.33501	0.15973
Redundancy	0.36174	0.06591	0.00776

Correlations between original Ys and Canonical X-variates:

	X' 1	X' 2	X' 3
Tot. BDI	0.79380	-.13958	0.03183
Groupe 1	0.67460	-.13682	-.11436
Groupe 2	0.00361	0.39941	0.09585

Correlations between original Xs and Canonical Y-variates:

	Y' 1	Y' 2	Y' 3
C1	0.52044	0.08344	-.02324
C2	0.16629	-.06242	-.04562
C3	-.17425	-.07437	-.00357
C4	0.37829	-.10875	0.04177
C5	0.25203	-.17683	0.06634
C6	0.61118	0.02006	-.05461
C7	0.12309	-.01964	0.04584
C8	-.01875	0.19480	-.03919
C9	0.49247	0.12532	0.09917
C10	0.06206	0.17433	-.06207
Tot. IBT	0.49565	0.00842	0.00603
anx. act.	0.72077	-.05885	0.00706
anx. hab.	0.76478	-.00173	-.01178

Appendice 0 (suite)

Correlations between original Ys and Canonical Y-variates:

	Y' 1	Y' 2	Y' 3
Tot. BDI	0.93408	-.27969	-.22197
Groupe 1	0.78374	-.46378	0.41310
Groupe 2	0.02745	0.98777	-.15349
% Tot. var.	0.49584	0.42300	0.08116
Redundancy	0.36641	0.10888	0.00729

Correlations between original Ys and Canonical X-variates:

	X' 1	X' 2	X' 3
Tot. BDI	0.80297	-.14190	-.06654
Groupe 1	0.67373	-.23529	0.12384
Groupe 2	0.02360	0.50113	-.04601

Correlations between original Xs and Canonical Y-variates:

	Y' 1	Y' 2	Y' 3
sexe	-.04790	-.13802	0.07475
age	-.02727	-.11013	0.10196
salaire	-.17957	-.13230	-.00408
revenu fam.	-.18184	-.22965	0.14899
scolarité	-.11193	-.22167	-.04173
C1	0.52152	0.06150	0.05092
C2	0.16441	-.07667	0.02684
C3	-.17564	-.06830	-.01972
C4	0.37675	-.10023	-.06847
C5	0.24961	-.15538	-.11288
C6	0.61059	-.01026	0.06322
C7	0.12336	-.00816	-.04854
C8	-.01566	0.17531	0.09411
C9	0.49612	0.13783	-.05419
C10	0.06441	0.14728	0.11071
Tot. IBT	0.49576	-.00117	0.00085
anx. act.	0.71956	-.07020	-.01785
anx. hab.	0.76436	-.02203	0.01720

Appendice Q (suite)

Résultats de corrélation canonique (scores du IBT)
avec les variables démographiques

	1	2	3
R canon	0.8596	0.5073	0.2998
R ² canon	0.73897	0.25739	0.08987
Lambda (Cum)	0.17642	0.67587	0.91013
X ²	197.777	44.660	10.735
D.F.	54	34	16
% Trace	68.03080	23.69568	8.27353

	X' 1	X' 2	X' 3
sexe	-.05572	-.27205	0.24936
age	-.03172	-.21707	0.34011
salaire	-.20889	-.26078	-.01360
revenu fam.	-.21153	-.45265	0.49701
scolarité	-.13021	-.43693	-.13919
C1	0.60667	0.12122	0.16987
C2	0.19126	-.15111	0.08954
C3	-.20432	-.13463	-.06578
C4	0.43827	-.19755	-.22840
C5	0.29036	-.30626	-.37654
C6	0.71029	-.02023	0.21090
C7	0.14350	-.01609	-.16192
C8	-.01822	0.34555	0.31392
C9	0.57713	0.27167	-.18078
C10	0.07493	0.29029	0.36929
Tot. IBT	0.57671	-.00231	0.00283
anx. act.	0.83706	-.13837	-.05953
anx. hab.	0.88917	-.04342	0.05736
% Tot. var.	0.19557	0.05959	0.05693
Redundancy	0.14452	0	

Appendice R

Résultats de l'analyse de variance multivariée à deux dimension selon le programme MANOVA de SPSS-X. Les variables dépendantes incluent les dix croyances irrationnelles (échelles au IBT) et les dimensions sont le groupe et le sexe des sujets; la variable de groupe comprend le groupe de patients déprimés, le groupe contrôle de patients non déprimés et le groupe contrôle de sujets normaux.

=====				
<u>Effet Groupe</u>				
Méthode	approx. F	hypothèse (num.)	erreur (dénom.)	p
Trace de Pillai	4.28	20	224	.000
Hotellings	5.14	20	220	.000
Wilks	4.71	20	222	.000

<u>Effet Sexe</u>				
Trace de Pillai	0.54	10	111	.86
Hotellings	0.54	10	111	.86
Wilks	0.54	10	111	.86

<u>Interaction Groupe X Sexe</u>				
Trace de Pillai	1.3	20	224	.18
Hotellings	1.35	20	220	.15
Wilks	1.33	20	222	.16
=====				

Appendice S

Résultats de l'analyse de variance multivariée à deux dimension selon le programme MANOVA de SPSS-X. Les variables dépendantes incluent les onze échelle du RBI (comportements rationnels) et les dimensions sont le groupe et le sexe des sujets; la variable de groupe comprend le groupe de patients déprimés, le groupe contrôle de patients non déprimés et le groupe contrôle de sujets normaux.

=====				
<u>Effet Groupe</u>				
Méthode	approx. F	hypothèse (num.)	erreur (dénom.)	p
Trace de Pillai	2.52	22	222	.000
Hotellings	2.79	22	218	.000
Wilks	2.65	22	220	.000

<u>Effet Sexe</u>				
Trace de Pillai	0.66	11	110	.78
Hotellings	0.66	11	110	.78
Wilks	0.66	11	110	.78

<u>Interaction Groupe X Sexe</u>				
Trace de Pillai	1.26	22	222	.20
Hotellings	1.24	22	218	.21
Wilks	1.25	22	220	.21
=====				

Résultats de l'analyse discriminante du IBT

	1	2
Eigenvalues	0.96301	0.11423
Discr. Fwr	0.89396	0.10604
Lambda	0.45720	0.89748
R-Squared	0.54280	0.10252
Chi-Square	92.7429	12.8172
D. F.	20	9

Raw Score Discriminant Function (weights):

Croyances irrationnelles	1	2
C1	0.0887	0.0017
C2	-0.0798	0.0309
C3	-0.0364	0.0234
C4	0.0199	0.0462
C5	-0.0143	0.0683
C6	0.1064	0.0591
C7	-0.0232	-0.0305
C8	-0.0107	-0.0993
C9	0.0573	-0.1053
C10	0.0341	-0.0356
Intercept	-4.65	0.99

Standardized Discriminant Function (weights):

Croyances irrationnelles	1	2
C1	0.5812	0.0110
C2	-0.5391	0.2085
C3	-0.2582	0.1662
C4	0.1201	0.2795
C5	-0.0951	0.4534
C6	0.6363	0.3533
C7	-0.1419	-0.1868
C8	-0.0516	-0.4784
C9	0.3585	-0.6587
C10	0.1845	-0.1927

Appendice T (suite)

Discriminant Function evaluated at Group Centroid

Group	1	2
1	1.037	0.309
2	0.258	-0.464
3	-1.295	0.155

Standardized Canonical Weights

Croyances irrationnelles	1	2
C1	0.4812	0.0120
C2	-0.3909	0.2007
C3	-0.1875	0.1602
C4	0.0907	0.2801
C5	-0.0696	0.4405
C6	0.5607	0.4132
C7	-0.1017	-0.1778
C8	-0.0373	-0.4592
C9	0.2896	-0.7062
C10	0.1336	-0.1852

Structure Coefficients Matrix

Croyances irrationnelles	1	2
C1	0.722	0.089
C2	0.203	0.325
C3	-.259	0.111
C4	0.423	0.426
C5	0.218	0.503
C6	0.821	0.355
C7	0.133	0.047
C8	0.082	-.469
C9	0.660	-.226
C10	0.186	-.336

Appendice U

Résultats de l'analyse discriminante du RBI

	1	2
Eigenvalues	0.59360	0.07042
Discr. Pwr	0.89395	0.10605
Lambda	0.58623	0.93421
R-Squared	0.41377	0.06579
Chi-Square	63.0174	8.0299
D. F.	22	10

Raw Score Discriminant Function (weights):

Echelles au RBI	1	2
X 1	0.3451	-0.5170
X 2	0.2491	0.3958
X 3	-0.0818	0.1612
X 4	0.6250	0.0696
X 5	-0.1002	0.0053
X 6	0.0407	0.5030
X 7	-0.1355	0.4993
X 8	0.0541	0.2215
X 9	0.2011	-0.4089
X 10	0.0961	0.2624
X 11	0.1994	-0.0162
Intercept	-2.49	-3.05

Standardized Discriminant Function (weights):

Echelles au RBI	1	2
X 1	0.4547	-0.6812
X 2	0.2258	0.3587
X 3	-0.2321	0.4577
X 4	0.5617	0.0626
X 5	-0.1023	0.0054
X 6	0.0439	0.5427
X 7	-0.1282	0.4724
X 8	0.0456	0.1867
X 9	0.1907	-0.3673
X 10	0.1158	0.3164
X 11	0.2053	-0.0167

Appendice U (suite)

Discriminant Function evaluated at Group Centroid

Group	1	2
1	-0.847	0.229
2	-0.151	-0.367
3	0.999	0.138

Raw Canonical Weights

Echelles au RBI	1	2
X 1	0.2756	-0.5037
X 2	0.1990	0.3857
X 3	-0.0653	0.1571
X 4	0.4991	0.0678
X 5	-0.0800	0.0051
X 6	0.0325	0.4901
X 7	-0.1082	0.4865
X 8	0.0432	0.2158
X 9	0.1606	-0.3984
X 10	0.0767	0.2557
X 11	0.1592	-0.0158

Structure Coefficients Matrix

Echelles au RBI	1	2
X 1	0.809	-.126
X 2	0.463	0.269
X 3	-.089	0.506
X 4	0.739	0.216
X 5	0.238	0.028
X 6	0.476	0.565
X 7	0.431	0.287
X 8	-.063	0.233
X 9	0.528	-.061
X 10	0.566	0.157
X 11	0.611	-.035

Résultats de corrélation canonique (scores du RBI)

	1	2	3
R canon	0.8237	0.3292	0.2474
R ² canon	0.67843	0.10836	0.06119
Lambda (Cum)	0.26918	0.83708	0.93881
χ^2	152.236	20.629	7.325
D.F.	42	26	12
% Trace	80.00525	12.77867	7.21609

Correlations between original Xs and Canonical X-variables:

Echelles au RBI	X' 1	X' 2	X' 3
1	-.68169	0.08432	-.27936
2	-.32763	-.33383	-.20281
3	0.10249	-.26537	-.34390
4	-.49872	-.59193	0.01777
5	-.20289	0.01745	-.15957
6	-.38665	-.18486	-.75398
7	-.35377	-.09109	-.46853
8	0.06745	-.13113	-.13925
9	-.45564	0.09865	-.25661
10	-.43899	-.18506	-.25841
11	-.47060	-.14761	-.00027
Tot. RBI	-.66908	-.30136	-.49519
anx.act.	0.87528	-.16484	-.07173
anx.hab.	0.92851	0.01665	-.03962
% Tot. var.	0.27495	0.05595	0.10394
Redundancy	0.18654	0.00606	0.00636

Correlations between original Ys and Canonical Y-variables:

	Y' 1	Y' 2	Y' 3
Tot. BDI	0.93902	-.34382	-.00477
Groupe 1	0.79863	-.05035	-.59972
Groupe 2	0.00111	0.62204	0.78299
% Tot. var.	0.50652	0.16923	0.32425
Redundancy	0.34364	0.01834	0.01984

Appendice V (suite)

Correlations between original Ys and Canonical X-variates:

	X' 1	X' 2	X' 3
Tot. BDI	0.77344	-.11313	-.00118
Groupe 1	0.65780	-.01657	-.14835
Groupe 2	0.00091	0.20476	0.19369

Correlations between original Xs and Canonical Y-variates:

Echelles au RBI	Y' 1	Y' 2	Y' 3
1	-.56149	0.02776	-.06911
2	-.26986	-.10989	-.05017
3	0.08442	-.08735	-.08507
4	-.41078	-.19485	0.00439
5	-.16712	0.00574	-.03947
6	-.31847	-.06085	-.18651
7	-.29139	-.02998	-.11590
8	0.05556	-.04317	-.03445
9	-.37530	0.03247	-.06348
10	-.36158	-.06092	-.06392
11	-.38762	-.04859	-.00007
Tot. RBI	-.55110	-.09920	-.12249
anx.act.	0.72094	-.05426	-.01774
anx.hab.	0.76479	0.00548	-.00980

Appendice W

Analyse de composantes principales (groupe 1)

Determinant of R = .1792074

Bartlett's Test of Sphericity :

CHI-SQUARE : 63.32429122924805
Degrees of Freedom : 45

Component	Variance	% Trace	Cum %
1	2.75623	27.56227	27.5623

Variance left over : 7.243773
% Trace left over : 72.43773

Unrotated Structure Matrix (Rxy) : Unrotated Pattern Matrix :

	Y 1	Commun.		1
C1	0.767	0.588	C1	0.4618
C2	0.671	0.451	C2	0.4043
C3	0.182	0.033	C3	0.1098
C4	0.717	0.514	C4	0.4318
C5	0.427	0.182	C5	0.2571
C6	0.749	0.561	C6	0.4512
C7	0.213	0.045	C7	0.1281
C8	0.095	0.009	C8	0.0574
C9	0.583	0.340	C9	0.3513
C10	-.182	0.033	C10	-0.1095

VARIMAX Rotated Structure Matrix :

	1	Commun.
C1	0.7667	0.588
C2	0.6712	0.451
C3	0.1822	0.033
C4	0.7169	0.514
C5	0.4269	0.182
C6	0.7490	0.561
C7	0.2127	0.045
C8	0.0952	0.009
C9	0.5833	0.340
C10	-0.1817	0.033
Variance	2.7562	

Analyse de composantes principales (groupe 2)

Determinant of R = .1411526

Bartlett's Test of Sphericity :

CHI-SQUARE : 72.11648559570313
 Degrees of Freedom : 45

Component	Variance	% Trace	Cum %
1	2.72855	27.28552	27.2855

Variance left over : 7.271448
 % Trace left over : 72.71449

Unrotated Structure Matrix (Rxy) Unrotated Pattern Matrix :

	Y 1	Commun.		1
C1	0.597	0.356	C1	0.3613
C2	0.730	0.534	C2	0.4422
C3	0.055	0.003	C3	0.0336
C4	0.767	0.589	C4	0.4645
C5	0.284	0.081	C5	0.1721
C6	0.780	0.608	C6	0.4721
C7	0.525	0.275	C7	0.3176
C8	-.107	0.011	C8	-0.0647
C9	0.518	0.268	C9	0.3134
C10	0.057	0.003	C10	0.0347

VARIMAX Rotated Structure Matrix :

	1	Commun.
C1	0.5967	0.356
C2	0.7305	0.534
C3	0.0555	0.003
C4	0.7674	0.589
C5	0.2843	0.081
C6	0.7799	0.608
C7	0.5246	0.275
C8	-0.1068	0.011
C9	0.5176	0.268
C10	0.0574	0.003
Variance	2.7286	

Appendice W (suite)

Analyse de composantes principales (groupe 3)

Determinant of R = 9.700243E-02

Bartlett's Test of Sphericity :

CHI-SQUARE : 85.93287658691406
Degrees of Freedom : 45

Component	Variance	% Trace	Cum %
1	3.19628	31.96281	31.9628

Variance left over : 6.80372
% Trace left over : 68.03719

Unrotated Structure Matrix (Rxy) : Unrotated Pattern Matrix :

	Y 1	Commun.		1
C1	0.685	0.470	C1	0.3834
C2	0.783	0.614	C2	0.4382
C3	0.460	0.212	C3	0.2573
C4	0.581	0.338	C4	0.3251
C5	0.516	0.266	C5	0.2888
C6	0.698	0.487	C6	0.3902
C7	0.579	0.335	C7	0.3237
C8	0.007	0.000	C8	0.0041
C9	0.665	0.442	C9	0.3718
C10	-.182	0.033	C10	-0.1019

VARIMAX Rotated Structure Matrix :

	1	Commun.
C1	0.6854	0.470
C2	0.7834	0.614
C3	0.4601	0.212
C4	0.5813	0.338
C5	0.5162	0.266
C6	0.6976	0.487
C7	0.5787	0.335
C8	0.0074	0.000
C9	0.6648	0.442
C10	-0.1822	0.033
Variance	3.1963	

Appendice X

Schéma de croyances irrationnelles hypothétique, et le schéma final associé à la dépression majeure et la documentation à l'appui.

<u>Croyances irrationnelles</u> prévues	<u>actuelles</u>	<u>Documentation à l'appui</u>
C3	---	- <u>Documentation de recherche clinique</u> : Newmark, Frerking, Cooke & Newmark, 1973; Newmark & Ziff, 1977; Newmark & Whitt, 1983; Lewinsohn, Larson & Munoz, 1982. <u>Recherche avec étudiants</u> : Lapointe & Crandell, 1980. <u>Documentation théorique</u> : Théorie cognitive de la dépression (Beck, 1967) et la théorie de résignation acquise (Seligman, 1975) avec le concept de blâme de soi et les écrits de Hauck (1974), Wessler & Wessler (1980).
Nécessité de blâmer		
C4	C4	- <u>Documentation de recherche clinique</u> : Newmark & Ziff, 1977; Newmark & Whitt, 1983; Lewinsohn & coll., 1982. <u>Recherche avec étudiants</u> : Nelson, 1977; Lapointe & Crandell, 1980; Thyer & Papsdorf, 1981. - <u>Docum. théorique</u> : Ellis et la TER (Ellis & Harper, 1975; Hauck, 1974; Wessler & Wessler (1980) et théorie de Beck (1967).
Intolérance de la frustration.		
C7	---	- <u>Recherche clinique</u> : Newmark, Frerking, Cooke & Newmark, 1973; Newmark & Ziff, 1977; Newmark & Whitt, 1983. - <u>Recherche avec des étudiants</u> : Nelson, 1977; Lapointe & Crandell, 1980; Thyer & Papsdorf, 1981; Cash, 1984. <u>Documentation théorique</u> : Beck, 1967.
Évitement des problèmes et responsabilités.		
C9	C9	- <u>Recherche clinique</u> : même que pour C3. - <u>Recherche avec étudiants</u> : Nelson, 1977; Cash, 1984. - <u>Documentation théorique</u> : Théorie de résignation acquise et la stabilité des attributions.
Déterminisme du passé.		
C2	---	- <u>Recherche clinique</u> : Newmark, Frerking, Cooke & Newmark, 1973; Newmark & Ziff, 1977; Lewinsohn & coll., 1982. - <u>Recherche avec étudiants</u> : Nelson, 1977; Lapointe & Crandell, 1980; Thyer & Papsdorf, 1981; Cash, 1984. - <u>Documentation théorique</u> : Théorie cognitive avec la survalorisation et la perte d'un aspect de soi ou de sa vie, et Hauck (1974).
Compétence absolue nécessaire.		
C5	---	- <u>Études avec des étudiants</u> : Thyer & Papsdorf, 1981. <u>Théorie</u> : toutes les théories appuient C5.
Irresponsabilité émotionnelle		
C1	C1	- <u>Théorie</u> : Théorie cognitive (Beck, 1967), théorie TER Wessler & Wessler, 1980; Hauck, 1975. - <u>Recherche avec étudiantes</u> : Cash, 1984.
Approbation sociale nécessaire.		
---	C6	- <u>Aucune théorie n'appuie C6</u> . - <u>Recherche clinique</u> : Rejet de C6 (Newmark & Whitt, 1983); - <u>Recherche avec étudiants</u> : Nelson, 1977; Cash, 1984.
Souci et anxiété face au futur.		



December 15, 1987

Lyne Prud'homme
A/S M. Pierre Baron Ph.D.
Director of the Psychology Dept.
University of Ottawa
Lamoureux Hall, Room 351
651 Cumberland Street, 3rd Floor
Ottawa, Ontario
CANADA K1N 6N5

Dear Ms. Prud'homme:

Your letter of December 4, 1987, to Mrs. Radloff was forwarded to me for reply.

The CES-D was developed by Dr. Plunkett and myself. As U.S. Government employees, the CES-D is in the public domain. Therefore you need no written permission to use it.

Yes, I would be interested in your results and I wish you the best in your research endeavor.

Sincerely,

Ben Z. Locke
Chief, Epidemiology and
Psychopathology Research Branch, DCR
Nat'l. Institute on Mental Health



Texas Tech University

The Graduate School
Office of the Dean
Box 4460/Lubbock, Texas 79409-1033 / (806) 742-2781

December 23, 1987

Mr. Lyne Prud'homme
A/S M. Pierre Baron, Ph.D.
Director of the Psychology Department
University of Ottawa
Lamoureux Hall, Room 351
651 Cumberland Str., Third Floor
Ottawa, Ontario
Canada
K1N 6N5

Dear Mr. Prud'homme:

Thank you for your letter of December 7, 1987. I am sorry we have not answered sooner, but your request came in the midst of our busiest period before fall graduation.

The name of the student doing the dissertation you cite (A Factored Measure of Elli's Irrational Beliefs System...) is Richard Garner Jones. Our last address for him was 205 Old National Building, 5619 Fannin Street, Houston, Texas 77004. However, this address was as of 1974, so chances are not good that he could still be reached there. His dissertation committee chairman was Arthur Sweney, but he has also long since left Tech.

I am sorry that I cannot be of more help to you.

Sincerely yours,

A handwritten signature in cursive script that reads "Thomas A. Langford".

Thomas A. Langford
Associate Dean

TAL/bc



PSYCHOLOGIE
PSYCHOLOGY

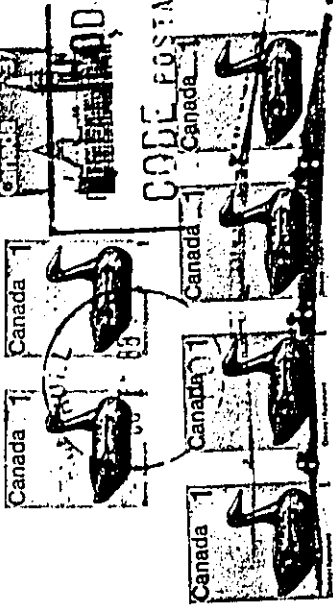
OTTAWA ONTARIO
CANADA K1N 6N5

Lyne Prud'Homme
4 De La Compline
Hull, Qué. J8Z 2J1



NOT DELIVERABLE AS ADDRESSES
UNABLE TO FORWARD

*Mr. Richard To Jones
205 Old National Building
5619 Fanning Ave.
Houston, Texas 77004.*



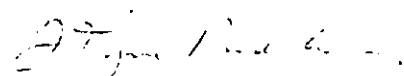
Ottawa, January 27 1988

Mrs Pamela Griffen,
Consulting Psychologists Press Inc.,
577 College ave.
P.O. Box 11636,
Palo Alto, Ca.
94306

Dear Mrs Griffen,

This is to confirm that I have received your letter of authorization. The questionnaire has been modified as you have requested and 150 copies were needed for the project. Accordingly, a money order in the amount of \$16.50 (U.S. currency) is enclosed, to cover the fee for royalties. Thank you for your speedy reply.

Sincerely Yours,



Lyne Prud'homme,
4 de la Comptine,
Hull, Québec.
J8Z 2S8



UNIVERSITÉ D'OTTAWA
UNIVERSITY OF OTTAWA